

M₂₀₁₆

Qigong e Tuina no controlo da ansiedade antes dos exames em crianças do 1.º ciclo

Estudo exploratório e observacional

**OLGA JULIANA RIBEIRO MAGALHÃES
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA
AO INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
DA UNIVERSIDADE DO PORTO EM
MEDICINA TRADICIONAL CHINESA**

OLGA JULIANA RIBEIRO MAGALHÃES

Qigong e Tuina no controlo da ansiedade antes dos exames em crianças do 1.º ciclo

Estudo exploratório e observacional

Dissertação de Candidatura ao Grau de Mestre em Medicina Tradicional Chinesa submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Orientador – Mestre Maria João R.F.R. Santos

Categoria – Assistente convidada

Afiliação – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.

Co-Orientador – Professor Doutor Jorge Machado

Categoria – Professor

Afiliação – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.

Co-Orientador – Mestre Mário J. Gonçalves

Categoria – Assistente convidado

Afiliação – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.

Resumo

Introdução: Os problemas de ansiedade são considerados das perturbações de saúde mental mais comuns em crianças. Os problemas de ansiedade interferem de forma significativa no funcionamento adaptativo da criança em diferentes domínios, desde escolar, passando pelo familiar até nas interações interpessoais. Estudos já efetuados dão a conhecer os inúmeros benefícios da prática de Qigong e Tuina como um método terapêutico de sucesso para o tratamento de ansiedade. Este estudo realça a importância de contribuir com a promoção de novas ferramentas para tratar/prevenir a ansiedade em crianças antes dos exames.

Objetivo: O objetivo principal verificar se a terapia combinada, Qigong e Tuina (automassagem), promove a redução de ansiedade em crianças a frequentar o 1º ciclo do ensino básico.

O objetivo secundário foi observar o comportamento das crianças durante um exame sem Qigong e sem Tuina e depois voltar a observar o comportamento, após terem realizado exercícios específicos de Qigong e Tuina (automassagem), ao longo de 10 dias.

Metodologia: Estudo de caso clínico, exploratório e observacional. Este estudo envolveu inicialmente 31 crianças, 16 do género feminino e 15 do género masculino, com idades compreendidas entre os 6 e os 10 anos, da Escola Básica do 1.º ciclo de Casais- Arcos. Após a aplicação da escala Children's Manifest Anxiety Scale-Revised (CMAS-R) foram elegíveis para o estudo apenas 3 destas crianças. Foram excluídos crianças com Necessidades Educativas Especiais. Durante os 10 dias de intervenção foram recolhidos dados observacionais acerca do comportamento destas 3 crianças.

Intervenção: Após a inclusão no estudo, cada uma das crianças realizou um exame escolar. Durante a realização do exame foram anotados os comportamentos manifestados pelas crianças, seguindo as regras de um estudo observacional. Passadas 3 horas da conclusão do exame foi iniciado o auto tratamento de Qigong e Tuina que foi repetido diariamente (uma vez por dia) durante 10 dias.

Imediatamente após a conclusão do 4º tratamento, as crianças foram novamente observadas durante a realização de um novo exame da mesma matéria escolar, e os seus comportamentos foram registados. No 10º dia foi realizado um terceiro exame, e uma vez mais as crianças foram observadas, durante a realização do exame, sendo os seus comportamentos registados.

Durante a observação foram registados gestos e atitudes, como parametros de avaliação.

Resultados: Após a aplicação dos questionários, foi possível verificar diferenças significativas de ansiedade, relativamente à variável género. Das 16 crianças do género feminino que participaram no estudo, 17.25% apresentaram ansiedade. Comparativamente, as 15 crianças do género masculino, apenas 13,3% demonstraram ser ansiosos.

Após terem realizado os exercícios de Qigong e Tuina, durante 10 dias, as 3 crianças elegíveis para o estudo, apresentaram melhorias em todos os parâmetros observacionais (gestos e atitudes).

Discussão e conclusão: O tratamento de Qigong e Tuina em automassagem poderá ser benéfico para as crianças do 1.º ciclo do ensino básico.

Abstrat

Background Information: The anxiety disorders are considered the most common mental health disorders in children. Anxiety problems interfere significantly in adaptive functioning of children in different areas, from school, through to family in interpersonal interactions. already made studies make known the many benefits of practicing Qigong and Tuina as a therapeutic method of success for the treatment of anxiety. This study highlights the importance of contributing to the promotion of new tools to treat / prevent anxiety in children before exams.

Objectives: The main objective of verifying whether combination therapy, Qigong and Tuina (self-massage), promotes the reduction of anxiety in children attending the 1st cycle of basic education.

The secondary objective was to observe the behavior of children during an examination without Qigong Tuina and without and then return to observing the behavior after they performed specific exercises of Qigong and Tuina (self-massage) over 10 days.

Design: Clinical case study, exploratory and observational. This study initially involved 31 children, 16 female and 15 males, aged between 6 and 10 years, of the 1st Basic Casais-Arcos cycle school. After the questionnaire Children's Manifest Anxiety Scale-Revised (CMAS-R) were eligible for the study only 3 of these children. Children were excluded with Special Educational Needs. During the 10 days of intervention observational data were collected about the behaviour of these three children.

Recruitment: The sample for this study involved 31 children, 16 female and 15 male gender of the 1st Basic Casais - Arcos cycle School, aged between 6 and 10 years.

Intervention: After inclusion in the study, each child held a school exam. During the exam were noted behaviours expressed by children, following the rules of an observational study. After 3 hours from completion of the test was initiated self-treatment Qigong and Tuina which was repeated daily (once a day) during 10 days.

Immediately after completion of 4 treatment, the children were again observed during the course of a new examination of the same school subject, and their behaviours were recorded. On the 10th day a third examination was performed, and again the children were observed during the examination, and their recorded behaviours.

During the observation were recorded gestures and attitudes, as assessment parameters.

Parameters: Gestures and attitudes

Results: After the questionnaires, we found significant differences in anxiety regarding the gender variable. Of the 16 children of the female gender who participated in the study, 17:25% had anxiety. By comparison, 15 children of the masculine gender, only 13.3% have proven to be anxious. After analyzing the results obtained from the questionnaires was statistically significantly higher anxiety in 3 students were female (two 7 years and 8 years).

After they had done Qigong and Tuina exercises, for 10 days, 3 children eligible for the study showed improvements in all observational parameters (gestures and attitudes).

Discussion and Conclusion: The treatment of Qigong and Tuina in self-massage can be beneficial for children of the 1st cycle of basic education.

Dedicatória

É preciso perder

Para depois se ganhar

E mesmo sem ver

Acreditar!

(Mariza)

Agradecimentos

É com muita satisfação que expresso aqui o mais profundo agradecimento a todos aqueles que de uma forma direta ou indireta tornaram a realização da presente dissertação de Mestrado possível. A elas deixo aqui o meu sincero e profundo agradecimento, em particular:

À Mestre Maria João Santos, orientadora desta tese, pelo apoio, incentivo e disponibilidade demonstrada em todas as fases que levaram à concretização deste trabalho.

À Professora de Educação Especial do Agrupamento Dr. Carlos Pinto Ferreira Prof. Eugénia Araújo, pela incansável ajuda em todo o processo de observação.

Ao Diretor do Agrupamento Dr. Carlos Pinto Ferreira, Prof. Henriques, porque sem a sua autorização não seria possível realizar este estudo.

Ao Professor Mário Gonçalves, pela ajuda na escolha dos exercícios a aplicar às crianças.

A todas as minhas amigas por me “aturarem”.

Ao Luís Costa, por toda a paciência e ajuda.

Aos meus filhos, por todo o tempo que deveríamos ter passado juntos e não passamos para que a mamã pudesse terminar este estudo.

Aos meus pais e irmã, por todo o apoio, incentivo, paciência, disponibilidade.

Um agradecimento muito especial à minha mãe, por ter tomado conta dos meus filhos neste últimos dois anos sempre que eu não podia.

A todos que de alguma forma contribuíram para a realização de todo este trabalho.

Obrigada

Índice

Resumo	3
Abstrat	5
Dedicatória	7
Agradecimentos	8
Índice de Quadros	11
Introdução	12
1. Revisão da Literatura	14
1.1. Ansiedade infantil	15
1.2. Ansiedade Escolar	19
1.3. Tuina	21
1.4. Tuina Infantil	22
1.5. Automassagem/ Toque terapêutico	23
1.6. Qigong	25
1.7. Qigong infantil	27
2. Procedimento Experimental	29
2.1. Desenho de estudo: Estudo Observacional	30
2.1.1. Amostra:	30
2.1.2. Critérios de inclusão	30
2.1.3. Critérios de exclusão	30
2.1.4. Casos Clínicos	30
2.1.5. Parâmetros: Gestos e atitudes	31
3. Metodologia: Observação	
3.1. Introdução	33
3.2. A Observação como Técnica de Recolha de Dados	34
3.3. Destinatários da Observação	35
3.4. Formas e Tipologia de Observação	35
3.5. Fases da Observação	37
3.6. Papel do Observador	37
3.7. Registos em Observação	38
3.8. Children's Manifest Anxiety Scale- Revised (CMAS-R)	39
3.9. Intervenção:	44
3.9.1. Fluxograma:	45

4. Resultados	46
5. Discussão	48
6. Propostas Futuras	52
7. Conclusão:.....	54
8. Referência Bibliográfica.....	56
9. Anexos	62

Índice de Quadros

Quadro 1: Medos comuns em crianças e adolescentes em função da etapa de desenvolvimento (Baptista, 2000; Gullone, 2000).

Quadro 2: Children's Manifest Anxiety Scale- Revised- (CMAS-R) (Reynolds & Richmond, 1978; versão portuguesa, Dias & Gonçalves, 1999).

Quadro 3: Subescalas do CMAS-R

Introdução

A presente investigação foi realizada no âmbito da Dissertação de Tese de Mestrado em Medicina Tradicional Chinesa, submetida ao Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar. Este estudo enquadra-se no âmbito de uma pesquisa mais vasta sobre verificar se o Qigong e o Tuina melhoravam a ansiedade das crianças do 1.º ciclo antes dos exames. Para tal estudo aplicou-se inicialmente uma escala Children's Manifest Anxiety Scale-Revised (CMAS-R) para avaliar o nível de ansiedade de cada aluno. Depois de analisados todos os questionários, deu-se início ao estudo propriamente dito, na medida em que foi elegível para o estudo exploratório e observacional, apenas 3 crianças. Tendo-se iniciado o auto tratamento de Qigong e Tuina que foi repetido diariamente durante 10 dias.

Os problemas de ansiedade são considerados das perturbações de saúde mental mais comuns em crianças e adolescentes (Muris, Mayer, Bartelds, Tierny, & Bogie, 2001). Um estudo realizado por Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler, & Angold, 2003, verificou-se que aproximadamente 10% das crianças sofrem de uma perturbação de ansiedade clinicamente significativa antes dos 16 anos de idade.

Os problemas de ansiedade interferem de forma significativa no funcionamento adaptativo da criança em diferentes domínios, como o escolar, o familiar e o das interações interpessoais (Rapee, Schniering, & Hudson, 2009). Quando o transtorno é presente na infância ou na adolescência e não há tratamento adequado, há a possibilidade do progressivo agravamento da condição mórbida ao longo da vida (Walkup & cols., 2008).

Este transtorno dificulta igualmente a resolução de futuras tarefas de desenvolvimento, como por exemplo, a independência financeira, a separação da família e a obtenção de um emprego (Albano, Chorpita, & Barlow, 2003). As perturbações de ansiedade são ainda consideradas um fator de risco para o desenvolvimento posterior de outras perturbações de ansiedade, depressão e abuso de substâncias (Costello et al., 2003).

Estudos já efetuados dão a conhecer os inúmeros benefícios da prática de Qigong e Tuina como um método terapêutico de sucesso para o tratamento de ansiedade. O *Qigong* apresenta diversas finalidades terapêuticas de entre as quais se destacam: a eliminação dos agentes internos (acumulação excessiva de emoções como a ira, dor, preocupação, medo, ansiedade, etc.) (Oliveira, R. 2014).

Santos, Sperotto e Pinheiro (2011), caracterizam o Qigong como uma prática de exercícios energéticos em que o próprio doente/paciente se ajuda a si mesmo.

A prática de métodos de autoajuda é uma prática intrínseca da terapia do Tuina, especialmente por ser estreitamente associada ao Qigong. Então, a automassagem com movimentos e exercícios de respiração meditativa pode ser utilizada no desenvolvimento e manutenção da saúde, no tratamento de doenças e na reabilitação. (Ergil, V. K., 2009).

O trabalho divide-se em 9 partes principais: 1 introdução e revisão da literatura, onde será abordada a temática em análise; 3 procedimento experimental, onde falaremos do desenho do estudo, da amostra e dos instrumentos e procedimentos utilizados; 4 Metodologia observacional; 5 intervenção realizada; 6 os resultados obtidos; 7 a discussão dos resultados obtidos, bem como uma referência às principais limitações encontradas neste estudo; 8 propostas futuras o que melhorar em novos estudos; 9 bibliografia que serviu de apoio ao presente estudo e por fim os anexos onde se encontram os instrumentos aplicados e as autorizações recolhidas.

1. Revisão da Literatura

Dividiu-se a revisão da literatura em partes. Inicialmente procedeu-se à tentativa de definição de ansiedade (infantil e escolar), de seguida a definição de Tuina História do Tuina e Tuina Infantil) e automassagem/Toque terapêutico e por fim definição de Qigong e Qigong infantil.

Para melhor compreender o Qigong, o Tuina e a forma como estas técnicas se relacionam com a ansiedade, procedeu-se a uma revisão exaustiva da literatura que foi elaborada com base em artigos e teses científicas. Como método de pesquisa, recorreu-se a bases de dados como, Pubmed Central, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e no Portal Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Google Académico, partindo de palavras-chave como: Chi Kung, *Qigong*, Tui Na, Tuina, *Qigong* e ansiedade, Qigong infantil e ansiedade, Tuina e ansiedade, Tuina Pediátrico e a ansiedade, ansiedade em crianças.

1.1. Ansiedade infantil

Sobre a ansiedade existem várias definições. Contudo, a primeira descrição é de Augustin- Jacob Landré- Beuvais (1772-1840), onde ele apresenta a ansiedade como uma disfunção da atividade mental. Em 1813, descreveu-a como uma síndrome composta por aspetos emocionais e por reações fisiológicas.

Freud (1836-1939) por sua vez descreveu a ansiedade como uma crise aguda de angústia, neurose de angústia e expectativa ansiosa. Atualmente, estes quadros recebem os nomes de ataque de pânico, transtorno de pânico e transtorno de ansiedade generalizada, respetivamente.

Os primeiros casos clínicos registados em crianças com sintomas de ansiedade datam o início do séc. XX e foi publicado por Freud em 1909. Hans um menino de cinco anos que apresentava um quadro de neurose fóbica.

O interesse por este tema veio a partir da década de 40 com o aumento do número de crianças órfãs, resultado da Segunda Guerra Mundial, serviu como grande motivação para os pesquisadores da época, ainda pautados no modelo psicanalítico (Spelberger, 1973).

A Organização Mundial de Saúde (CID-10,1993) refere que os transtornos de ansiedade mais comuns na infância são a ansiedade de separação, ansiedade fóbica e ansiedade social. A cada um desses transtornos estão associados comportamentos problemáticos tais como: medo de ficar sozinha, de ficar longe da mãe, de sair de casa, de ir ao banheiro sozinha, de dormir sozinha, recusa em ir à escola, medo de escuro, medo de

insetos e/ou animais, medo de estranhos) têm expressão em sintomas clínicos nos quais a criança pode apresentar choro fácil, ataques abruptos de raiva, morder os lábios, pesadelos, roer unhas, irritabilidade, comportamento aderente/ pegajoso, timidez, passividade, retraimento, enurese noturna, sudorese nas mãos e pés, dentre outros.

Vários autores Bronfenbrenner & Morris, 2006; Cecconello & Koller, 2003 apontam vários fatores de risco para o desenvolvimento de ansiedade e perturbações de ansiedade na infância, entre eles a família, mais especificamente os pais, uma vez que estes desempenham um papel importante no desenvolvimento da criança. Estudos mais recentes têm salientado múltiplos fatores que parecem estar implicados na transmissão da ansiedade de pais para filhos, incluindo predisposição genética, psicopatologia parental, comportamentos e estilos parentais (Francis & Chorpita, 2010, 2011; Hudson & Rapee, 2002; Hudson et al., 2008; Rapee, 2009; Wood et al., 2003).

Vários estudos apontam as mães como sendo elas a exercer um maior controle sobre os filhos, o que lhes provoca mais ansiedade (Bruggen et al, 2008). Por outro lado, subestima-se o efeito do comportamento do pai na prevenção, desenvolvimento, manutenção e tratamento dos sintomas de ansiedade os filhos (Bögels & Perotti, 2011; Bögels & Phares, 2008).

Diferentes fatores podem ajudar a compreender mais especificamente o papel do pai no desenvolvimento de ansiedade nos filhos. Primeiro, concluiu-se que o pai tende a promover maior autonomia enquanto a mãe exerce maior controle sobre os filhos. Adicionalmente, a investigação sobre o desenvolvimento da criança sugere que os pais desempenham uma influência importante e diferenciada das mães na socialização das crianças e na proteção das crianças contra a ansiedade. (ver por exemplo Bruggen, et al., 2008).

A ansiedade desenvolve-se no ser humano pelas vivências repetitivas de experiências stressantes ou traumáticas, pela imitação de comportamentos que transmitem uma percepção negativa do mundo, pela superproteção dos pais que impede a criança de enfrentar a realidade (Cordioli & Teruchkin, 2007).

A ansiedade é uma reação ligada ao instinto de sobrevivência frente a situações e momentos de medo, perigo ou de tensões, que de certa forma, ajuda a pessoa a preparar-se para o que poderá acontecer, o que possibilita a identificação do perigo e o grau de ameaça.

Ao longo da vida, o ser humana passa por inúmeras situações, emoções que lhe irão deixar marcas no seu desenvolvimento. É comum em determinado momento do

desenvolvimento a criança apresentar medos e fobias. Qualquer acontecimento que ela não é capaz de compreender ou controlar produz sentimentos de fragilidade, insegurança.

Ao desenvolver a consciência de si próprio, do mundo, dos fenômenos da natureza, a criança, de uma forma inconsciente começa a sentir angústia da imensidão extraordinária da realidade. Ajuriaguerra e Marcelli (1986) relembram que *“ao normalmente patológico pertencem as fobias da tenra infância, as condutas de ruptura da adolescência e ainda muitos outros estados”*.

Deste modo, é importante compreender os medos, de modo a distingui-los daqueles que são patológicos (ver Quadro 1). A natureza dos medos muda ao longo do desenvolvimento, assim, quando as crianças são mais pequenas têm medos mais imediatos, concretos e objetivos e à medida que vão crescendo, devido à progressiva maturação cognitiva, os medos tornam-se mais antecipatórios e subjetivos (Baptista, 2000).

Quadro 1: Medos comuns em crianças e adolescentes em função da etapa de desenvolvimento (Baptista, 2000; Gullone, 2000)

Etapa	Medos Comuns	
0 – 1 Anos	Ruídos, alturas, pessoas estranhas, separação das figuras de vinculação	<div>Estímulos do ambiente imediato</div> <div>Medos mais concretos</div> <div>↓</div> <div>Antecipação de acontecimentos e medos de natureza mais abstrata</div> <div>↓</div> <div>Situações sociais e de natureza avaliativa, aspetos escolares, doença e morte</div>
1 – 2 Anos	Tempestades naturais, pequenos animais / insetos, pessoas estranhas, separação das figuras de vinculação	
2 – 6 Anos	Escuro, animais em geral, seres imaginários, monstros	
6 – 11 Anos	Acontecimentos sobrenaturais, feridas, sofrimento físico, saúde / morte, aspetos escolares	
11 – 13 Anos	Relacionamentos interpessoais, auto imagem	
13 – 18 Anos	Sexualidade	

Baptista (2000) afirma que os medos que persistem após terem cumprido a sua função e que, conseqüentemente interferem com o funcionamento adaptativo da criança, provocando-lhe sofrimento, podem originar perturbações de ansiedade.

Indo ao encontro do que já foi dito por Baptista (2000) e Gullone (2000) Gesell (1987) refere que a partir dos 6 anos (idade das crianças deste estudo) a criança desenvolve a angústia da morte e de destruição. Neste período surge o medo da mãe morrer, medo de lesão do corpo, medo do espaço (escuridão, elevador, alturas). É aos 8 anos que o medo existencial da própria morte, dos pais e familiares se manifesta por compreender a morte como um processo biológico decorrente de morrer e do ato de matar. Aos 9 anos desenvolve a dor com a rejeição, a qual acompanha a criança para o resto da vida a partir da tomada da consciência. A criança vê-se consciente do seu próprio pensamento e do modo de pensar dos outros. A conscientização da personalidade e características pessoais de cada um proporciona à criança um enriquecimento no contato consigo e com o mundo, conseguindo verificar benefícios das trocas sociais e afetivas.

Geralmente, estes medos infantis constituem uma etapa passageira mas podem continuar e converter-se num problema quando a criança tem um temperamento ansioso e sensível, quando os pais têm medos parecidos, quando a criança teve que enfrentar acontecimento stressantes, quando após uma experiência negativa de medo na vida real, quando não se fez nada para ajudar a criança superar os seus medos, quando se deu muita importância ao medo e quando se evitam as possíveis situações que geram o medo.

Ansiedade e medo estão interligados. O medo gera ansiedade que gera sintomas que podem gerar psicopatologias. Baptista (2000) e Gullone (2000) Gesell (1987)

Vários autores relataram que o transtorno de ansiedade de separação é o quadro clínico mais frequente dentro dos transtornos de ansiedade (Costello, 1989; Prior & cols, 1999; Beidel & cols., 1999), com a prevalência variando entre 3 a 5 % em crianças (Beidel & cols., 1999) e 2 a 4% em adolescentes (Prior & cols., 1999).

Embora o transtorno de ansiedade de separação possa ocorrer em qualquer faixa etária, existe uma maior frequência deste transtorno na faixa etária que vai dos 7 aos nove 9 de idade (Last & cols., 1996).

Autores como Bradley et al., 2000; Fonseca, 1997; Machado, 1992, procuraram distinguir dois tipos de ansiedade, a ansiedade *Traço* de ansiedade *Estado*. A ansiedade *Traço* refere-se a uma tendência para responder com medo e ansiedade em situações mais stressantes manifestando uma permanência ou estabilidade trans situacional e temporal. Isto é, trata-se de um estado emocional que se combina numa espécie de estrutura ou maneira de ser, sendo por isso uma variável da personalidade.

Relativamente à Ansiedade *Estado*, esta está mais relacionada com uma diferença individual que se refere a uma reação de sobrevivência perante uma ameaça indefinida. Refere-se a uma situação atual afetiva, avaliada num determinado momento. Trata-se de um corte transversal na vida do sujeito e, como tal, inclui crises e reações de angústia. Já para Kaplan, Sadock, & Grebb, 1997 existem dois tipos de ansiedade: ansiedade normal e ansiedade patológica. A primeira é comum a qualquer ser humano e manifesta-se através de sintomas como cefaleias, palpitações, dores abdominais, entre outros. Trata-se de uma resposta adequada em situações de mudança e de novas experiências. A ansiedade patológica é uma resposta inadequada a dado estímulo, devido à sua intensidade ou duração. Trata-se de uma ansiedade que limita o sujeito no seu comportamento e funcionamento.

1.2. Ansiedade Escolar

A ansiedade é um problema que interfere de forma significativa no funcionamento adaptativo da criança em diferentes domínios, como o escolar, o familiar e o das interações interpessoais (Rapee, Schniering, & Hudson, 2009). Dificultando a resolução de futuras tarefas de desenvolvimento, como por exemplo, a independência financeira, a separação da família de origem e a obtenção de um emprego (Albano, Chorpita, & Barlow, 2003). As perturbações de ansiedade são ainda consideradas um fator de risco para o desenvolvimento posterior de outras perturbações de ansiedade, depressão e abuso de substâncias (Costello et al., 2003). Rodrigues (n.d.) 4 considera que os sintomas de ansiedade são relativamente comuns em crianças, assim como a ansiedade patológica e crónica é um problema clínico cada vez mais frequente. Por isso, todos os profissionais que lidam com crianças devem estar conscientes sobre as possíveis manifestações de ansiedade, em função das faixas etárias em que se encontram: a criança apresenta sintomas que excedem o que seria esperado no desenvolvimento; a ansiedade compromete, significativamente, algumas áreas das funções das crianças; e os sintomas de ansiedade persistem por um tempo inadequado.

Costa e Boruchovitch (2004) referem que após o período das décadas 1960 e 1970, em que a ansiedade escolar foi bastante pesquisada, a maior parte das investigações realizadas no contexto académico tem sido desenvolvida pelos teóricos da Psicologia Cognitiva baseada no processamento da informação, que defendem que o uso adequado de estratégias de aprendizagem e a manutenção de um estado interno satisfatório favorece o desempenho escolar.

Esse estado interno satisfatório refere-se ao controlo de diversas variáveis, como motivação para aprender, atribuições de causalidade para situações de sucesso e fracasso escolar, controlo da ansiedade, entre outras. Sendo a ansiedade assumida como um construto multidimensional, ela possui dois polos relacionados: por um lado, a preocupação (que se refere à componente cognitiva) e a por outro a emotividade (que engloba a parte fisiológica, os sintomas físicos, sentimentos de desprazer, nervosismo e tensão).

É neste sentido que a ansiedade pode afetar tanto o aluno com bom ou mau desempenho. Alunos com sucesso podem tornar-se ansiosos devido às expectativas irrealistas dos pais, dos colegas ou mesmo suas, de que devem ter um desempenho excelente em todas as disciplinas. No caso de alunos com baixo desempenho, se as situações de insucesso na escola se repetem, a ansiedade pode aumentar como consequência desse desempenho (Costa & Boruchovitch, 2004).

1.3. Tuina

A terapia manual ou massagem chinesa é tipicamente chamada de Tuina, que significa “empurrar e agarrar”, ou anmo que significa “pressionar e esfregar”. Todos estes termos são sinónimos, embora podemos distingui-los pela manipulação e movimentos de tecidos profundos mais fortes e firmes (Tuina) e pelas batidas e massagens mais suaves (anmo). Em modo geral o termo Tuina refere-se a toda a terapia manual chinesa. (Ergil, C. M.,2009).

Esta terapia baseia-se nas teorias do Qi (energia vital), Xue (sangue) e Zang Fu (órgãos internos) e guia-se pela teoria dos Jing Luo (meridianos colaterais). Desta forma, esta terapia é constituída por um variado conjunto de técnicas manipulativas mais vigorosas, onde para além das mãos é utilizado os punhos, cotovelos, antebraços e joelhos como forma de tratamento. O Tuina é praticado no exterior do corpo produzindo efeitos no seu interior, contribuindo para a desobstrução dos condutos, promovendo a circulação da energia e do sangue, que regula as funções dos órgãos internos e lubrifica os tendões e ossos, permite prevenir e tratar algumas patologias e melhorar o bem-estar físico e psicológico da pessoa. (Ergil, V. K., 2009) Em suma, o Tuina tem como objetivo alcançar efeitos de cura do próprio organismo estimulando os meridianos para que o corpo corrija eventuais desequilíbrios.

Mais do que um tratamento para várias patologias, o Tuina é uma poderosa ferramenta para a prevenção de doenças. Infelizmente no Ocidente ainda não têm a cultura de prevenção de doenças enraizada, o que é uma pena, uma vez que esta técnica é uma excelente alternativa para promover a saúde e o bem-estar, beneficiando assim a nossa qualidade de vida.

A história do Tuina é muito longa e tem tradições milenares, levando-nos para as comunidades da China. Considera-se atualmente que os primeiros indícios da massagem com fins terapêuticos datam de há cerca de cinco mil anos. Esta terapia desenvolveu-se paralelamente ao lado de outros recursos terapêuticos como acupunctura, moxabustão e exercícios físicos. A sua base teórica pode ser encontrada nos modelos da Medicina Tradicional Chinesa, o Huang Di Nei Jing e o Nan Jing, compilados na passagem do séc. II a. C. para o séc. I a. C., quando a medicina tornou-se um campo distinto da atividade humana na China. O primeiro, conhecido como Tratado de Medicina do Imperador Amarelo elucida aspetos da teoria médica e introduz a teoria dos meridianos, um sistema de doze vasos interligados, por onde acredita-se que circule sem interrupção, substâncias específicas. O segundo acrescenta oito vasos ao sistema de meridianos e apresenta uma abordagem para um diagnóstico baseado no estudo dos pulsos. Nesta

altura a massagem terapêutica chinesa recebeu o nome de Anmo. Na dinastia Ming (1380 d.C. – 1750 d.C) o termo Anmo começou a ser substituído por Tuina. Ribeiro, A.R., Magalhães, R. (1997).

Em 1601 foi escrito o primeiro tratado sobre Tuina infantil, Xiao Er An Mo Jing. A influência dos ingleses na corte chinesa, depois de 1750, levou ao desmantelamento progressivo da Medicina Tradicional Chinesa nas instituições governamentais. Contudo, graças ao trabalho diligente de vários praticantes, Tuina continuou existindo à margem das instituições. Com a fundação da República Popular da China em 1949, o governo chinês procurou resgatar a Medicina Tradicional Chinesa. Em 1956 teve início o primeiro tratamento de Tuina em Shanghai. Em 1958 foram fundadas a Clínica de Tuina de Shanghai e a Escola Técnica de Tuina de Shanghai. Os massagistas mais conhecidos daquele tempo foram convidados a trabalhar nos departamentos clínicos de Tuina estabelecidos nos hospitais. Ribeiro, A.R., Magalhães, R. (1997).

Em 1974 Tuina passou a fazer parte do departamento de acupuntura da Faculdade de Medicina Tradicional Chinesa de Shanghai, na subdivisão Tuina e traumatologia. A posteriori outras faculdades seguiram os mesmos passos (Pequim, Nanquim, Fujian e Anhui). Em 1987 foi fundada a Associação de Tuina da China, que tem fomentado intercâmbios nacionais e internacionais, contribuindo para o desenvolvimento da pesquisa científica sobre os fundamentos e a clínica de Tuina em reabilitação, prevenção e tratamento de patologias. Xiangcai, Xu (1989).

1.4. Tuina Infantil

O Tuina infantil pode ser utilizado desde o nascimento até aos 12 anos de idade. Esta técnica é diferente das outras massagens, na medida em que todos os condutos passam na mão esquerda da criança. Cada dedo corresponde a um órgão e dependendo da direção de manipulação, ou dependendo de cada caso, podemos tonificar, sedar e equilibrar a energia interior.

Para conhecer a Tui Na infantil é necessário conhecer a filosofia da MTC. Esta teoria diz-nos que todos os órgãos estão interligados através dos condutos, isto é, cada conduto corresponde a um órgão. Logo, se existir algum problema num órgão, esse pode causar problemas. Como já referi, no caso das crianças os condutos passam na mão esquerda. Ao estimularmos esses condutos, conseguimos equilibrar o nosso estado físico e psíquico, uma vez que todas as emoções estão interligadas.

Na China o Tuina é muito usado não só para o crescimento da criança como também para tratamento de patologias, tais como: dificuldade em dormir, inquietação, respiratórias, falta de apetite, problemas de digestão, obstipação, entre outras.

E para melhor perceber a correspondência de cada dedo da mão a um órgão específico, segue abaixo o esquema:

Polegar - elemento terra – baço pâncreas e estômago

Indicador – elemento madeira – fígado e vesícula biliar

Médio – elemento fogo – coração e intestino delgado

Anelar – elemento metal – pulmão e intestino grosso

Mínimo – elemento água – rins e bexiga.

Assim, poderemos tratar diferentes patologias conforme o/os órgãos afetados. Chen Wenqian, (2005).

1.5. Automassagem/ Toque terapêutico

A prática de métodos de autoajuda é uma prática intrínseca da terapia do Tuina, especialmente por ser estreitamente associada a Taiji e ao Qigong. Então, a automassagem com movimentos e exercícios de respiração meditativa pode ser utilizada no desenvolvimento e manutenção da saúde, no tratamento de doenças e na reabilitação. (Ergil, V. K., 2009).

O Tuina e o Qigong trabalham muito bem juntos e, enquanto estão relacionados pelos paradigmas dos condutos e do Qi, o auto tratamento pelo Tuina concentra-se em estímulos físicos e direcionados, enquanto que, o Qigong usa técnicas de respiração e atividades mentais para coordenar o movimento do Qi. Um número de técnicas de Qigong ou automassagem incorporam os dois elementos, unindo o controlo da respiração, postura, movimentos intencional do Qi e estimulação física direta de pontos e condutos de acupuntura, o que pode ser muito efetivo para melhorar a dinâmica do Qi. (Ergil, C. M., 2009)

A massagem e o toque manual confundem-se com a história da humanidade. Desde os tempos mais remotos, diferentes registos mostram o uso das mãos como meio para tratar do próximo (Calvert, 2002). A partir do Oriente, berço da massagem, e da cultura greco-

romana, verificam-se sucessivas alterações e desenvolvimentos, diretamente ligadas com a evolução do conhecimento em diversas áreas. A massagem chega assim até a época contemporânea com estatuto de prática terapêutica científica, com reconhecimento internacional (Huard e Wong, 1990; Calvert, 2002).

Krieger, D. (1975) descreveu o toque como uma das mais importantes formas de comunicação humana. Além de transmitir sentimentos, pode contribuir para reduzir o medo e a ansiedade do outro, proporcionando bem-estar físico e psicológico.

O toque terapêutico foi desenvolvido por volta de 1970 por Dolores Krieger e Dora Van Gelder Kunz, professoras universitárias na escola de Enfermagem de Nova Iorque, para ajudar os pacientes a melhorar a saúde física e emocional e ficaria a ser conhecido como o Método Krieger-Kunz de Toque Terapêutico (Gerber, 1997).

Este método deriva da antiga arte de imposição das mãos, não possui qualquer base religiosa, mas baseia-se na atuação sobre um campo de energia humana que se estende além da superfície corporal. O campo de energia humana é abundante e flui em padrões equilibrados na saúde, mas é desviado e/ou desequilibrado durante a doença. Ignatti (1993) refere que nas culturas orientais Chinesas e Japonesas, utilizam a imposição das mãos como forma de ajuda na redução da dor, denominado de Qi. Com outros nomes, mas com o mesmo fundamento ocorre nas práticas indianas, kahunas, herméticas, tibetanas e cabalísticas.

Embora em Portugal não haja bibliografia referente a este tema, sabe-se através de bibliografia estrangeira que, foi atribuído ao Toque Terapêutico em 1994 a comprovação da sua eficácia como terapia alternativa, pelo Instituto de Saúde de Washington, com base em cerca de 30 teses de doutoramento.

Com todas estas pesquisas e experiências clínicas verifica-se que o toque terapêutico promove o relaxamento; diminui a ansiedade; facilita os processos de reestruturação naturais do corpo e altera a perceção que o doente tem em relação à dor.

1.6. Qigong

A origem do Qigong data dos tempos do xamanismo chinês, precedendo a era dos registos escritos. Sendo uma civilização que vivia do campo, a china antiga era essencialmente dependente da energia da terra e do céu. Por esse motivo, os chineses aprenderam o princípio do equilíbrio entre yin e o yang e deduziram a dinâmica do Qigong. (Clássico de Medicina do Imperador Amarelo, traduzido por Réquena, 1998, p.12).

Durante a dinastia Han (206 a.C. – 220 d.C.) os chineses vivam de acordo com a “via da natureza”. Eles ajustavam as suas maneiras de viver de acordo com o yin e o yang, a numerologia e os ritmos sazonais (Clássico de Medicina do Imperador Amarelo, traduzido por Réquena, 1998, p.12).

Entre os registos de exercícios de Qigong mais antigos estão as danças xamânicas, que imitavam os animais do zodíaco chinês (pássaro, tigre, urso, macaco e do veado) e eram praticadas como um ritual de ano novo durante a dinastia Zhou (1100- 256 a.C.).

Em 1973, durante as escavações arqueológicas na província de Hunan foram descobertas uma série de figuras pintadas em seda datadas de 168 a.C.. Figuras essas que continham um mapa conhecido como *taoyin tu*, o mapa da linha guia do Qi.

Para Maciocia, (1989) O Qi pode apresentar-se nas mais diversas formas e pode assumir diversos significados em situações diferentes, já que tudo no universo é resultado de graus de condensação e de dispersão de Qi. Já para White (2000), o Qi é uma energia vital inteligente, é informação e faz parte dos “três tesouros”: Qi (energia vital); Jing (essência vital) e Shen (espírito e pensamento consciente da mente). O Qi circula pelos condutos (*Jing-Luo*) do corpo humano e o acesso a esses dá-se através dos pontos de acupuntura. WINK, (2009) afirma que o homem é formado pela junção do Qi do Céu e do Qi da Terra, sendo, portanto, parte integrante da natureza.

Gonçalves, M. (comunicação oral 2015), o Qigong trabalha com as energias fundamentais e necessárias à vida humana – o qi, o shen e o jing, as quais são intituladas: “os três tesouros da MTC”. Já Greten (2010), e de acordo com o Modelo de Heidelberg, define qi como a “capacidade vegetativa de funcionamento de um tecido ou órgão que pode causar a sensação de pressão, rasgar ou fluxo”, e shen como a “capacidade funcional para colocar em ordem a associatividade mental e as emoções, criando assim uma presença mental”. O shen é avaliado pela coerência do discurso, pelo brilho dos olhos e através da fluência das capacidades motoras finas. No que concerne ao termo jing, Greten define-o como potencial estruturante (“essência”), que significa a possibilidade de criar uma estrutura de populações de células e de ter a capacidade de

regenerar a estrutura do corpo. O potencial estruturante também se refere ao potencial da estrutura para exercer a função.

Crê-se que Bian, na dinastia de Zhou ensinou a prática da respiração como forma de aumentar a circulação do Qi.

A combinação de movimento e respiração dá origem ao Qigong.

Para melhor perceber o Qigong, é de extrema importância perceber o seu significado. Assim, Qi significa energia e Gong significa trabalho, logo Qigong “trabalho com energia”, são exercícios que trabalham com a respiração e movimentos corporais e que tem como objetivo promover a circulação da energia do corpo, melhorar a saúde, prevenir e tratar doenças de uma forma consciente.

Os chineses reconhecem que esta terapia é uma mais-valia para a saúde, pois acreditam que através dos exercícios de auto cura estão a promover a vitalidade e a longevidade (Chodzko-Zajko & Jahnke, 2005). Crê-se que mais de 60 milhões de chineses pratiquem diariamente *Qigong* (Cheung *et al.*, 2005).

Para Chuen (1979), *Qi* é a força viva e invisível do universo. Essência da existência humana, energia que circula por todo o ‘corpo’ nos canais conhecidos como meridianos, os quais muitas vezes seguem um percurso paralelo ao sistema cardiovascular.

Vários autores Greten (2008), Chen e Yeung (2002), afirmam que o Qigong trata não apenas o sintoma ou a doença, mas ajuda também a restaurar o fluxo de Qi. Através de movimentos relaxados e conscientes com fluência e ritmo, proporcionam um estado muscular sem tensões e as projeções mentais positivas ajudam a relaxar, motivando para a vida. (Amaral, 1987).

Greten (2007), considera o Qigong como sendo uma terapia tradicional de biofeedback vegetativo, isto é, o paciente pode controlar de forma voluntária e consciente os processos corporais, interagindo com as energias naturais, integrando exercícios posturais, respiratórios, de movimentos e de meditação com propriedades de estabilização vegetativa, visando a autorregulação dos sistemas biológicos corporais com o proveito de não necessitar de medicamentos e de não ser conhecido qualquer efeito colateral ou risco de dependência.

A prática do Qigong apresenta benefícios importantes para a saúde, através de exercícios físicos e meditativos. A prática destes exercícios pretende habilitar o

organismo a hábitos saudáveis capazes de lidar com o stress e as tensões às quais estamos sujeitos diariamente. Greten (2007)

No livro de ouro de Medicina do Imperador Amarelo (Huang Di Nei Jing), vemos: " (...) tempos antigos onde homens adquiriram saúde, longevidade e realização, respirando a essência da vida e preservando o espírito, vivendo de acordo com o TAO, o caminho perfeito (...) ", ou seja praticando Qigong.

Santos, Sperotto e Pinheiro (2011), caracterizam o Qigong como uma prática de exercícios energéticos em que o próprio doente/paciente se ajuda a si mesmo.

São várias as vantagens terapêuticas do Qigong, de entre elas destacam-se: a acumulação excessiva de emoções como a ira, dor, preocupação, medo, ansiedade, etc. Oliveira, R. (2014).

O Qigong é uma prática terapêutica em que se realizam exercícios que combinam movimento suave e respiração controlada, e na qual a atenção e a visualização do praticante estão concentradas nas várias partes do corpo, de modo a alterar o fluxo de energia. Wu, X. (2012).

1.7. Qigong infantil

Sim, e porque não? Depois de verificarmos através de vários estudos todas as vantagens do qigong para o ser humano e porque não iniciá-la na infância, como forma de tratamento/prevenção de doenças físicas ou emocionais?

Como já referi anteriormente, o stress não afeta só os adultos. Direta ou indiretamente, as crianças estão expostas a vários fatores que lhe causam stress. São visíveis em várias crianças tiques nervosos como **roer as unhas, brincar com o cabelo**, falta de concentração, alegrias sem motivo aparente, vários gestos e atitudes que nos demonstram o seu estado de ansiedade, ou seja, refletem um desajuste emocional já na mais tenra idade. Huston, P. (1995)

O Qigong infantil não pode ser o espelho de um "Qigong adulto", apenas com menos repetições na execução dos exercícios ou diminuição do tempo das sessões. No Qigong infantil deve ter-se como ponto de referência o desenvolvimento bio-psico-motor da criança, para que a atividade possa contribuir para a evolução da personalidade, oferecendo as motivações favoráveis à sua maturação. Huston, P. (1995).

Atualmente há uma falta de pesquisas científicas sobre o Qigong, e poucos estudos tem - se concentrado sobre o efeito do Qigong infantil. Alguns estudos de revisão sistemática trazem aspetos do Qigong realizados em adolescentes e adultos sobre o efeito na ansiedade. Johansson, Hassmén e Jouper (2008), após o seu estudo, onde pretenderam avaliar os efeitos psicológicos agudos dos exercícios de *Qigong* no humor e na ansiedade, verificaram que as terapias que envolvam simultaneamente o corpo/mente e os exercícios aeróbios são frequentemente destacados como atividades que causam efeitos positivos no bem-estar psicológico e que ajudam a melhorar o humor e a reduzir a ansiedade.

Chow e Tsang (2007), também eles concluíram que o *Qigong*, em função do seu potencial terapêutico, pode ser considerado uma terapia válida para tratar transtornos de ansiedade na população em geral. Através do controlo da respiração, verificaram que o *Qigong* produz efeitos reguladores imediatos.

Através de um ensaio randomizado e controlado, Chan *et al.* (2013) pretenderam avaliar a possível influência do treino do *Qigong* nos níveis de ansiedade, stress e depressão em estudantes. Após a conclusão dos mesmos, os resultados alcançados demonstraram que apenas o grupo de estudo apresentou melhorias estatisticamente significativas ao nível dos valores da ansiedade, stress e depressão, e uma diminuição das concentrações no cortisol salivar. Face aos resultados dos testes psicométricos e dos marcadores bioquímicos de stress, os autores concluíram então que a prática de *Qigong* melhora os estados psicológicos.

2. Procedimento Experimental

2.1. Desenho de estudo: Estudo Observacional.

2.1.1. Amostra: Este estudo envolveu inicialmente 31 crianças, 16 do género feminino e 15 do género masculino, com idades compreendidas entre os 6 e os 10 anos, da Escola Básica do 1.º ciclo de Casais- Arcos. Todos os encarregados de educação/responsáveis legais das crianças envolvidas no estudo assinaram previamente o consentimento informado e autorizações, seguindo as regras da declaração de Helsínquia.

2.1.2. Critérios de inclusão: Foram consideradas incluídas no estudo as 3 crianças, saudáveis, com idades compreendidas entre os 6 e 10 anos, com o score CMAS-R mais elevado.

2.1.3. Critérios de exclusão: Crianças com Necessidades Educativas Especiais e patologias relevantes.

2.1.4. Casos Clínicos: Assim sendo, o estudo foi realizado a 3 alunas, 2 alunas com sete anos e uma aluna com oito anos.

- Beatriz Oliveira Santos (7 anos) excelente aluna, com resultados nas fichas acima dos 90% em todas as áreas. Vive com os pais e a irmã mais velha, é uma criança envergonhada, tímida, mas muito prestável, sempre pronta para ajudar. O Pai tem o ciclo preparatório e a mãe o 9.ºano. É uma família simples e humilde.
- Mariana Moreira Fernandes (7 anos) excelente aluna, com resultados nas fichas acima dos 90% em todas as áreas. Vive com os pais e a irmã mais velha, é uma criança envergonhada, simpática, ansiosa, mas muito trabalhadora. O pai tem o 12.º e a mãe um curso superior. São uma família simples
- Sofia Ferreira Alves (8 anos) é filha única e vive com os pais. É uma criança envergonhada, com baixa autoestima, muito insegura, mas com bons resultados nas fichas de avaliação. O pai tem o 12.º ano e a mãe um curso superior.

Depois de falar com as progenitoras individualmente, todas elas se mostraram admiradas com os resultados obtidos no questionários. Contudo, foram unânimes em afirmar que também elas são bastantes ansiosas e que indiretamente incutem nas filhas um sentido de responsabilidade e dever que possa levá-las a apresentar ansiedade.

Vários autores (Essau e colaboradores (2000), Matos, Barret, Dadds e Short (2003), após vários estudos verificaram que o género feminino apresentam mais sintomas de ansiedade/ depressão do que o género masculino.

2.1.5. Parâmetros: Gestos e atitudes – Os Movimentos ou sons repentinos e repetitivos, alheios à vontade e controle da pessoa, são mais frequentes do que se acredita nas crianças. Eles afetam uma em cada seis, embora costumam a desaparecer ou diminuir com a idade. **Sacudir, inclinar a cabeça, roer as unhas, os lábios, tapar a boca com a mão, mexer no cabelo toda hora, franzir a testa, esticar o pescoço, pigarrear, tragar saliva, arrancar pelos dos supercílios, piscar ou fechar os olhos,** entre outros. Fernández-Álvarez, E. (2006).

A Organização Mundial de Saúde (CID-10,1993) refere que os transtornos de ansiedade mais comuns na infância estão associados a comportamentos problemáticos tais como: medo de ficar sozinha, de ficar longe da mãe, de sair de casa, de ir ao banheiro sozinha, de dormir sozinha, recusa em ir à escola, medo de escuro, medo de insetos e/ou animais, medo de estranhos. Podem apresentar gestos comuns tais como: choro fácil, ataques abruptos de raiva, **morder os lábios**, pesadelos, **roer unhas**, irritabilidade, comportamento aderente pegajoso, timidez, passividade, retraimento, enurese noturna, **sudorese nas mãos e pés**, dentre outros.

Huston,P. (1995),afirma que as crianças estão expostas diariamente a fatores que lhe causam stress. É visível em várias crianças tiques nervosos tais como: **como roer as unhas, brincar com o cabelo, falta de concentração, alegrias sem motivo aparente**, vários gestos e atitudes que nos demonstram o seu estado de ansiedade, ou seja, refletem um desajuste emocional já na mais tenra idade.

Os tiques nervosos podem ser motores (quando ocorrem contrações como **caretas, piscamentos, encolhimento do ombro**, etc...) ou vocais (quando ocorre emissão de sons como **tosse**, grunhidos, estalos ou mesmo palavras inteiras). Podem ser simples ou mais complexos.

Para Teles, L. (2012), por vezes os tiques surgem associados à **franca ansiedade**, depressão, déficit de atenção e hiperatividade.

4. Metodologia: Observação

4.1. Introdução

A observação é uma das técnicas frequentemente utilizadas no âmbito da investigação científica, para a recolha de dados e informações, com o intuito de explicar fenómenos que o investigador se encontra a estudar. A importância da observação pode ser verificada pela descrição que dela fazem Quivy e Campenhoudt (1998) quando afirmam que aquela constitui uma técnica única em investigação social, na medida em que capta as condutas no momento em que as mesmas se produzem. Com efeito, a técnica da observação não só permite estudar uma gama muito diversificada de fatores, como proporciona a demonstração clara da riqueza de inter-relações entre as pessoas do grupo.

Todos os indivíduos observam, sempre. No entanto, a observação diária que fazemos distingue-se da observação como técnica de investigação, pelo que se a primeira é informal e inexata, já a segunda obedece aos critérios de rigor, planeamento e cuidado. Por este motivo é necessário uma preparação meticulosa aquando da observação enquanto técnica de investigação, bem como a aplicação de procedimentos sistemáticos para a verificação da qualidade da observação. A observação constitui uma técnica de investigação que pode ser aplicada de modo exclusivo, sendo que, não raro, é complementada com outras técnicas. Para a sua utilização como procedimento científico, torna-se, portanto, importante o estabelecimento de determinados critérios, nomeadamente, dar resposta a objetivos prévios, ser delineada de modo metódico, ser sujeita a verificação, precisão e controlo (Correia, 2009).

4.2. A Observação como Técnica de Recolha de Dados

A recolha de dados tem como intuito a procura de informações para o esclarecimento dos factos, daí que, no campo científico, a opção do método a ser utilizado está, muitas vezes, enraizada ao fenómeno em estudo. Estudos de caso, inquéritos, entrevistas, observações são algumas das formas correntes que a realização da investigação pode assumir (Estrela, 2008).

A observação desempenha um papel fulcral em toda a metodologia experimental, sendo que para Estrela (2008) a observação representa uma etapa necessária muito importante para o desenvolvimento de uma formação científica mais genérica, sendo considerada, segundo Quivy e Campenhoudt (1998) uma fase mediadora entre a estruturação quer de conceitos como hipóteses e a análise dos dados utilizados na testagem. Para Gerhardt, Ramos, Riquinho, e Santos (2009), a técnica de observação impele o investigador a contactar mais contiguamente com objeto de estudo, de modo a apreender os factos a serem investigados.

A observação científica é uma procura específica por respostas, daí que não se caracterize por uma percepção inativa e informal, mas antes por uma rigorosa orientação, planeamento e cuidado, o que requer a capacidade de delimitação de estratégias, bem como competência e prática (LaFrance, 1987). Desta forma, pode-se afirmar que a observação informal de situações diárias se distancia da observação efetuada cientificamente, sendo que esta última se caracteriza por uma finalidade descrita a partir de objetivos (Cano & Sampaio, 2007).

Bell (1997) corrobora com o que anteriormente foi dito, advogando que ao observador não importa apenas olhar, devendo acima de tudo ver, reconhecer e expor os diferentes padrões de interações e processos humanos. Um observador necessita, portanto, de formação específica e prévia que o qualifique para o exercício dessa atividade. A partir do momento que o investigador domina a técnica da observação, poderá vir a revelar particularidades de indivíduos e grupos, até então impossíveis de descrever. A observação é, portanto, uma técnica muito relevante se se tiver em conta que é através dele que se compreende mais cabalmente o funcionamento de organismos e grupos e as circunstâncias que os levam a determinadas atuações, sendo que seria difícil captar determinadas interações humanas de outra forma.

4.3. Destinatários da Observação

Para que a técnica de observação seja bem-sucedida torna-se imperioso que se demarque, antecipadamente, um modelo de análise orientador e clarificador que guie o investigador aquando da observação. Este modelo permitirá ao investigador centrar-se em dados pertinentes e úteis ao controlo de hipóteses, evitando que o mesmo dê importância a dados pouco relevantes para o caso em estudo (Quivy & Campenhoudt, 1998; Estrela, 2008).

Não obstante este facto, os autores acima citados chamam a atenção para que, não raro, a observação também incorre sobre os indicadores das hipóteses complementares, na medida em que, para além das variáveis previstas nas hipóteses principais, dados relativos a outras variáveis importam ser analisados para que se compreenda todos agentes comprometidos no mesmo processo de interação. Também Bell (1997) afirma que, muitas vezes, durante a observação despontam dados pertinentes que importam analisar, mas sobressalta que o tipo de dados recolhidos deve obedecer ao previsto no período que antecedeu a observação.

Para além de se definir o tipo de dados que se querem ver recolhidos, importa também restringir o campo de análise que não deve ser demasiado amplo, sob a pena de que a análise se torne imprecisa e pouco aprofundada de situações singulares (Quivy & Campenhoudt, 1998). Após se ter circunscrito o campo de análise, o investigador pode por um lado, refletir as suas análises em torno da soma da população coberta por esse campo, ou pode, por outro lado, cingir-se a uma amostra expressiva dessa população, podendo ainda estudar apenas alguns elementos muito característicos, se bem que não representativas dessa população.

4.4. Formas e Tipologia de Observação

Quanto à situação ou atitude do observador podemos caracterizar a mesma como observação participante e não participante. A observação participante orienta-se para a observação de factos, situações particulares ou atividades nas quais o observado se encontra centrado, ocorrendo quando o pesquisador está representando uma função participante estabelecida num determinado estudo (Atkinson & Hammersley, 1994). Segundo Gerhardt et al. (2009), na observação participante o investigador participa como membro do grupo por ele estudado. Desta forma, o observador interage no ambiente natural de vida dos observados, num processo de recolha de dados, sendo que os

observados são vistos, não como objetos de investigação, mas como indivíduos que atuam num determinado estudo (Serva & Júnior, 1995). O observador participante deve desempenhar um papel bem definido, na organização social em estudo, estando consciente que a sua presença e ação influenciarão a reação dos indivíduos a serem observados.

Relativamente à observação não participante, o observador não participa ou interage no objeto de estudo no momento da observação, sendo que, para Carmo e Ferreira (1998), as principais características desta técnica são a redução substancial de interferência entre observador e observado, o uso de instrumentos de registo que não influenciam os observados e ainda a possibilidade de controlar as variáveis em estudo.

No que se refere ao processo de observação, este pode caracterizar-se como sistemático ou assistemático. Segundo LaFrance (1987), a observação sistemática assenta no interesse pelo comportamento natural, sendo caracterizado como especialmente informativo por possibilitar a descrição do comportamento diário em termos de frequência, durabilidade e sequência no qual sucede. A observação sistemática exige, segundo LaFrance (1987), uma preparação rigorosa dos observadores, uma atitude descritiva, uma seleção criteriosa da amostragem e cuidados na interpretação dos comportamentos. Gerhardt et al. (2009) esclarecem que na observação sistemática, também conhecida como passiva, o pesquisador permanece excluído do grupo, apenas presenciando os factos, mas sem qualquer envolvimento ou participação.

Já a observação assistemática não tem um plano ou um controlo previamente elaborados, daí que Gerhardt et al. (2009) afirmem que o investigador observa de forma espontânea e livre os factos. Para Alvarez (1991), na observação assistemática, o observador participa no grupo e atua dentro do mesmo, sendo que o observador inicia o processo de levantamento de dados sem saber quais serão os elementos mais relevantes, podendo mudar de foco da observação.

Vianna (2003) declara que as observações que ocorrem em laboratório se destacam pela sua estruturação, ao passo que as observações de campo são em geral semi-estruturadas, por ocorrerem em contexto natural. A observação não-estruturada é mais utilizada como técnica exploratória, pois à medida que o observador vai procedendo ao seu estudo, reorganiza os seus objetivos iniciais, delimitando com mais precisão o conteúdo das suas observações.

Ainda no âmbito das formas de observação, LaFrance (1987) refere que a pesquisa de arquivo desempenha um formato de observação dos resultados e da direção de acontecimentos, refletindo o impacto e a determinação de tendências ao longo dos tempos.

4.5. Fases da Observação

As fases do processo de observação passam, num primeiro momento, pela definição dos objetivos do estudo, bem como pela escolha sobre o grupo de indivíduos a observar. Num momento seguinte, torna-se indispensável obter a permissão da presença do observador no seio do grupo a observar. Quando a observação for legitimada, segue-se para a fase de observação e registo de notas de campo, ao que se sucede a análise de dados e, posteriormente, a elaboração de um relatório sobre os elementos obtidos (Vianna, 2003).

Segundo Estrela (2008), numa fase inicial, a observação passa por uma primeira perspetiva da realidade a ser estudada, procedendo-se a uma recolha de dados já existentes. A fase seguinte caracteriza-se pela recolha, estudo e síntese de dados da dinâmica em estudo. Esta última etapa passa por uma análise e interpretação dos comportamentos observados.

Relativamente às fases da observação, Correia (2009) afirma que se no início a observação se reveste de um carácter mais descritivo, em que o observador tende a ter uma impressão geral do seu objeto de estudo, num momento seguinte a observação torna-se mais focada em comportamentos singulares. Numa fase final, a observação torna-se mais seletiva, procurando-se diferenças entre categorias específicas já reconhecidas.

Podemos assim aferir que, de uma forma geral, a observação passa pela fase de definição da situação a analisar, passando para a observação propriamente dita, seguindo-se o estudo das descobertas, o que, levará a uma análise abrangente com a apresentação de evidências.

4.6. Papel do Observador

Uma das principais questões da técnica da observação está em definir o papel do observador. No caso em que o observador se envolve na investigação, a sua participação vai, conforme Bogdan e Bilken (1994), variar ao longo do estudo, uma vez que, se nos primeiros momentos tenderá a manter uma postura mais reservada, à medida que as relações se desenvolvem, inclinar-se-á a participar mais. Os autores acima citados advertem que um envolvimento demasiado pessoal com o objeto de estudo poderá, contudo, condicionar os objetivos iniciais da investigação. Também Vianna (2003) chama a atenção para a possibilidade da obliquidade do olhar do observador que pode fazer

com que ele valorize determinados aspetos que vão ao encontro das suas hipóteses, deixando de atender a ocorrências que as contrariam. É necessário, portanto, a adoção de cautelas relacionadas com a objetividade do observador na investigação, de forma a alcançarem-se informações fidedignas e de qualidade.

Bogdewic (1992) dá alguns conselhos quanto à conduta do observador durante o processo de investigação, nomeadamente, dar-se a conhecer, não ser indiscreto, ser íntegro, ser bom ouvinte e envolver-se progressivamente com o objeto de estudo. Para Vianna (2003), a presença do observador pode ser reduzida, procurando-se fazer com que o ato de observação realce um mínimo de atração dos observados.

Segundo Correia (2009), a utilização um guião orientador poderá ser um utensílio muito importante para o observador, uma vez que evita a desorganização, orientando o investigador para o objetivo de estudo. Também Nogueira-Martins e Bogus (2004) defendem procedimentos como a definição de objetivos concretos e o conhecimento do meio, de modo a organizar a pesquisa e, simultaneamente, facultar uma familiarização com o ambiente.

O papel do observador passa também pelo registo de informações. Com efeito, o observador dever-se-á habituar a escrever ou gravar os dados observados, contrariando a crença de que os aspetos observados serão guardados na memória. Passaremos a seguir à análise da importância e formas de registo em observação.

4.7. Registos em Observação

As principais questões relacionadas com os registos em observação são o momento e a forma como se fazem. Segundo Vianna (2003), o melhor momento para se registar as informações é durante o desenrolar dos acontecimentos, pelo que não só se evita o esquecimento do que foi observado, como se afasta a imparcialidade que pode ocorrer pela influência de outros fatores sobre percepção de quem observa. Quando não é possível um registo imediato e detalhado, o observador deve fazer simples anotações, com palavras-chave, durante o processo de observação, para mais tarde detalhá-las. Spradley (1980; cit. In Correia, 2009) salienta as diferenças entre um registo mais sintetizado, a partir de frases ou palavras-chave que vão facultar um registo posterior mais desenvolvido.

Na opinião de Lofland (1971), quando o observador regista as informações, estas devem revestir-se de dados centrados, por um lado, no que é importante para os observados e, por outro, no que aparenta ser relevante para o próprio observador. Bogdan e Bilken (1994) referem que as notas de campo consistem numa narração descritiva dos

acontecimentos mas também numa narração reflexiva que se circunscreve ao parecer do observador.

Para o autor Lofland (1971), são cinco elementos fundamentais que devem constar nas notas de campo, designadamente, breves explicações de ocorrências, dados esquecidos e que depois voltam à lembrança, reflexões analíticas, impressões e sentimentos e, por último, notas para futuras informações. Bogdan e Bilken (1994) afirmam que os registos e notas de campo podem dar origem a um diário pessoal que orienta o observador a perceber como é que o seu plano de estudo evolui.

Para além das notas de campo e diários, pode recorrer-se às grelhas de registo de observação dotadas de flexibilidade que facilitam a interpretação dos resultados observados ou ainda à gravação áudio e ao uso da filmagem, sendo que este último é um recurso valioso de otimização dos dados, por possibilitar a revisão dos eventos (Dessen e Murta, 1997).

4.8. Children's Manifest Anxiety Scale- Revised (CMAS-R)

Como sabemos são várias as escalas que poderíamos ter usado para medir a ansiedade nas crianças, uma vez, que são poucos os estudos realizados com esta escala para uma tese de Medicina Tradicional Chinesa (MTC), o que de certa forma nos dificultou a pesquisa. Porém, vou enunciar alguns contras das outras escalas e as vantagens de se ter usado a CMAS-R.

Uma das possíveis escalas é a *Escala Visual Analógica para a ansiedade* (EVA). (Aitken RCB, 1969). Nesta escala, as crianças teriam que assinalar numa linha o seu grau de ansiedade naquele momento. Numa extremidade está “totalmente calmo e relaxado” e na outra extremidade “Pior medo imaginável”. Achou-se que os resultados não seriam totalmente sinceros, uma vez que se torna difícil definir numa linha o grau de ansiedade.

Uma outra escala, e esta sim, muito usada em vários estudos é o *Questionário da autoavaliação da ansiedade estudo- traço* (STAI) Spielberger, C. D. (1973) contras desta escala é o facto de ter dois questionários e ambos com 20 perguntas. O facto de ter dois questionários levaria os alunos a desmotivar na resolução do segundo.

Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21), (Ribeiro, J. L. P., Honrado, A., & Leal, I. (2004).) esta escala tem 42 itens, porém possui um formato de respostas numa escala tipo Likert de quatro pontos, ou seja, com 4 possíveis respostas, o que de certas forma, poderia induzir a criança em dúvida.

Depois de analisarmos várias escalas optou-se pela **Children's Manifest Anxiety Scale-Revised (CMAS-R)**, na medida em que esta escala destina-se a crianças e adolescentes do primeiro ao décimo segundo ano de escolaridade. É uma medida de auto-relato composta por uma escala de ansiedade e de mentira. A escala de ansiedade obteve valores de alpha de Cronbach bastante satisfatórios ($\alpha_{\text{Cronbach}} = 0.83$) num estudo com crianças portuguesas (cf. Dias & Gonçalves, 1999).

A Revised Children's Manifest Anxiety Scale; (Reynolds & Richmond, 1978, versão portuguesa de Fonseca, 1992), é um instrumento de medida da ansiedade crónica. Esta escala conta com 37 itens para avaliar o nível e a natureza da ansiedade. As respostas são simples, sendo as opções de “sim” ou “não”. Estes 37 itens destinados a determinar a presença (Sim=1 ponto), ou ausência (Não=0 pontos), de uma grande variedade de sintomas, em crianças e adolescentes. A pontuação varia entre 0 e 37 pontos, significando que quanto maior é a pontuação, maior é a ansiedade-traço assim medida. Destes 37 itens, 28 pertencem a uma escala de ansiedade e 9 constituem uma escala de mentira ou de desejabilidade social.

As crianças foram divididas por faixa etária e por ano de escolaridade. De seguida passou-se a uma breve explicação do que se iria fazer, para que as crianças pudessem relaxar e tentou-se motivar a criança a responder de uma forma sincera.

Deu-se então à leitura das perguntas de uma forma calma e pausada, para que as crianças conseguissem responder o mais sincero possível. Caso alguma criança não tivesse conseguido acompanhar a leitura, esta era feita novamente.

Com estas respostas, conseguimos determinar a pontuação total de ansiedade de cada criança, uma vez que os resultados com uma alta pontuação indicam um alto nível de ansiedade.

Porém, uma pontuação de ansiedade total (mais de 2 desvios-padrão abaixo da média) muito baixos pode duvidar da sinceridade da resposta.

A CMAS-R tem apresentado boa consistência interna e fidelidade teste-reteste (Reynolds & Richmond, 1997).

Quadro 2

Descrição (campos a explorar)	Ansiedade total das crianças e 4 sub-escala: a) A ansiedade fisiológica (10 itens); b) Inquietação / hipersensibilidade (11 itens); c) As preocupações sociais / concentração (7 itens); d) De mentira (9 itens).
Forma de aplicação	Leitura individual para cada ano escolar.
Vantagens	Fornece uma pontuação total de ansiedade, e uma escala de mentira com subcomponentes individuais de ansiedade.
Limitações	A linguagem pode ser de difícil interpretação, logo, as crianças podem interpretar de várias maneiras as perguntas. Por exemplo, palavras como "frequentemente" não é propriamente uma palavra simples para as crianças interpretar.

4.8.1.1. Subescalas do CMAS-R

- I. Ansiedade Fisiológica: Está associada com as manifestações fisiológicas de ansiedade como dificuldades de dormir, náuseas e fadiga.
 - II. Inquietude/Hipersensibilidade: Está associada com preocupações obsessivas sobre várias temas, a maioria são relativamente vagas e mal definidas na mente das crianças. Juntamente com medo de se magoar de ficar sozinho.
 - III. Preocupações sociais/Concentração: Centra-se nos pensamentos perturbadores e em certos medos de natureza social ou interpessoal, levando a dificuldades de concentração e atenção.
- Mentira: Projetada para detetar o cumprimento desajeitado social ou adulteração deliberada das respostas.

Quadro 3

Conteúdos dos itens e suas subescalas			
I. Ansiedade fisiológica (10 itens)	II. Inquietude/ Hipersensibilidade (11 itens)	III. Preocupações sociais/ concentração (7 itens)	Mentira (L) (9 itens)
1. Tenho dificuldades de me decidir	2. Fico nervoso quando as coisas não correm da melhor forma para mim	3. Os outros parecem conseguir fazer as coisas mais facilmente do que eu	4. Gosto de todas as pessoas que conheço
5. Tenho muitas vezes dificuldades em respirar	6. Preocupo-me muitas vezes	11. Sinto que os outros não gostam da maneira como faço as coisas	8. Sou sempre amável
9. Fico furioso com facilidade	7. Tenho medo de muitas coisas	15. Sinto-me sozinho, mesmo quando há pessoas comigo	12. Sou sempre bem educado
13. É difícil para mim adormecer à noite	10. Preocupo-me com o que os meus pais me irão dizer	23. As outras pessoas são mais felizes do que eu	16. Sou sempre bom
17. Muitas vezes sinto mal-estar no estômago	14. Preocupo-me com o que as outras pessoas pensam de mim	27. Sinto que alguém me vai dizer que faço as coisas de forma errada	20. Sou sempre simpático com as outras pessoas
19. Sinto as mãos suadas	18. Os meus sentimentos são feridos com facilidade	31. É difícil para mim concentrar-me	24. Digo sempre a verdade
21. Canso-me muito	22. Preocupo-me com o que vai		28. Nunca sinto raiva
25. Tenho pesadelos			32. Nunca digo coisas que não devo
			36. Nunca minto

29. Às vezes acordo assustado	acontecer	nos meus trabalhos da escola	
33. Mexo-me muitas vezes na cadeira	26. Os meus sentimentos são feridos facilmente quando se “metem comigo”	35. Muitas pessoas estão contra mim	
	30. Preocupo-me quando vou para a cama de noite		
	34. Sou nervoso		
	37. Preocupo-me muitas vezes que me possam acontecer coisas más		

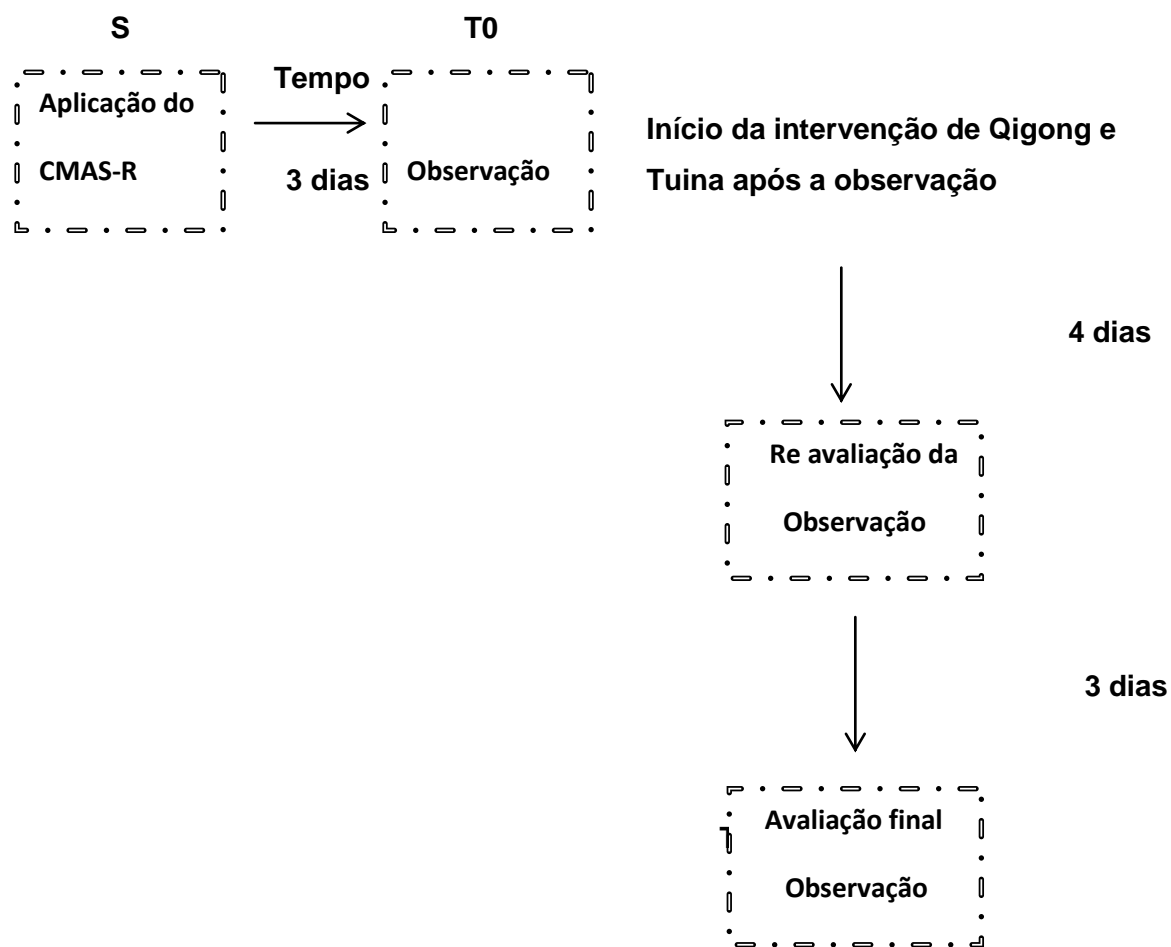
3.9. Intervenção:

Após a inclusão no estudo, cada uma das crianças realizou um exame escolar. Durante a realização do exame foram anotados os comportamentos manifestados pelas crianças seguindo as regras de um estudo observacional. Passadas 3 horas da conclusão do exame foi iniciado o auto tratamento de Qigong e Tuina que foi repetido diariamente, uma vez por dia, durante 10 dias. Tendo sido aplicado os seguintes exercícios:

- Respiração;
- Stand curto (1min);
- Bola;
- Massagem nos dedos
(mindinho –supletar o renal)
(médio – supletar o cardial)
(indicador – supletar o hepático)
(pulgar – para acalmar o centro)
- Pressão no C3 e no C7;
- Mãos no Dantien
- Mãos no mingmen

Imediatamente após a conclusão do 4º tratamento, as crianças foram novamente observadas durante a realização de um novo exame da mesma matéria escolar, e os seus comportamentos foram registados. No 10º dia foi realizado um terceiro exame e mais uma vez as crianças, durante a realização do exame foram observadas e os seus comportamentos registados.

3.9.1. Fluxograma:



4. Resultados

Gestos e atitudes	Caso 1 (27 em 37)			Caso 2 (26 em 37)			Caso 3 (23 em 37)		
	Sem Qi Gong e Tui Na (T0)	Com Qi Gong e Tui Na (T1)	Com Qi Gong e Tui Na (T2)	Sem Qi Gong e Tui Na (T0)	Com Qi Gong e Tui Na (T1)	Com Qi Gong e Tui Na (T2)	Sem Qi Gong e Tui Na (T0)	Com Qi Gong e Tui Na (T1)	Com Qi Gong e Tui Na (T2)
Expressões faciais	14	4	2	16	2	2	13	9	2
Coceira	7	1	0	0	2	0	4	0	2
Movimentos rítmicos Membros inferiores	6	1	3	4	1	0	5	4	2
Movimentos rítmicos Membros superiores	41	4	0	13	10	2	30	12	3
Tosse	3	0	0	1	0	0	0	0	0
Distração (olha para os lados)	21	2	0	30	16	2	17	8	3
Mostra confiança na realização da ficha	Não observado	Não observado	1	Não observado	Não observado	1	Não observado	Não observado	Não observado

Podemos observar que após a aplicação das técnicas de Qigong e Tuina, as crianças obtiveram melhorias em todos os gestos e atitudes observados. Verificamos que foi nos movimentos repetidos que se obteve melhoras mais significativas, principalmente no caso 1, onde se verifica uma redução dos gestos em 90.2% após a primeira aplicação de Qigong e Tuina. Acabando mesmo por ter uma eficácia de 100% após a última intervenção. Relativamente àcoceira e àtosse, foi visível em 2 crianças uma redução de 100% na última intervenção. Todas as crianças obtiveram melhoras a nível da concentração, uma vez, que não se distraíram com tanta facilidade. Sendo que o caso 1 obteve melhoras a 100% com a última observação.

5. Discussão

O presente estudo teve como objetivo verificar se as técnicas de Qigong e Tuina (toque terapêutico) ajudavam a criança a diminuir a sua ansiedade antes dos exames escolares. Da pesquisa efetuada, verificou-se que são raros e por vezes com pouca qualidade os estudos que abordam diretamente a relação entre a ansiedade, crianças, *Qigong* e o *Tuina*. De forma a tentar colmatar esta situação efetuou-se este trabalho tendo por base os conceitos da Medicina Tradicional Chinesa e a Ansiedade.

Assim sendo, e para alcançar este objetivo formulamos hipóteses, que servem de linhas O primeiro passo para a realização de um estudo bem-sucedido exploratório observacional foi a seleção cuidadosa dos casos e dos controles. Desta forma, e depois de aplicar a escala CMAS-R escolheram-se apenas 3 crianças. Com maior score para observação. Foi possível verificar diferenças de ansiedade (mesmo sendo uma amostra pequena) relativamente à variável género. Das 16 crianças do género feminino que participaram no estudo, 17.25% apresentaram ser ansiosas. Comparativamente com as 15 crianças do género masculino apenas 13,3% demonstraram ser ansiosos.

Vários autores (Essau e colegas (2000), Matos, Barret, Dadds e Short (2003), após vários estudos verificaram que o género feminino apresenta mais sintomas de ansiedade / depressão do que os homens.

Depois de falar com as progenitoras individualmente, todas elas se mostraram admiradas com os resultados obtidos no questionários. Contudo, foram unânimes em afirmar que também elas são bastantes ansiosas e que indiretamente incutem nas filhas um sentido de responsabilidade e dever que possa levá-las a apresentar ansiedade.

Vitolo, Fleitlich-Bilyk, Goodman e Bordin (2005) relatam que a ansiedade em crianças são reflexos das inconstâncias do ambiente, as suas variáveis previsíveis e imprevisíveis, estão associadas com a ansiedade dos pais, nesse sentido também pode haver uma influência tanto genética como ambiental.

Quanto aos fatores socioeconómicos não houve diferenças significativas. Esta variável foi ao encontro do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais Texto Revisado, 4ª edição da Associação Psiquiátrica Americana (1994), onde referem que não foram encontrados um agregado familiar específico para os transtornos de ansiedade generalizada.

Cole e Cole (2004) concluíram que os estudos de observação são um marco na pesquisa em crianças e uma fonte fundamental de informações sobre o desenvolvimento infantil. Uma maneira de reunir informações objetivas sobre as crianças é estudá-las no seu

ambiente natural, ou seja, através de observações naturalísticas. As observações naturalísticas permitem o acesso a características do comportamento e de seus fatores determinantes, que de outro modo, seriam impossíveis de serem obtidos (Dessen & Murta, 1997). Além disso, a situação natural, ou de campo, permite o estudo de comportamentos que, por questões éticas, não podem ser produzidos em laboratório (Pepler & Craig, 1995).

Como afirmam Quivy e Campenhoudt (1998) a observação constitui uma técnica única em investigação social, na medida em que capta as condutas no momento em que as mesmas se produzem. Com efeito, a técnica da observação não só permite estudar uma sequência muito diversificada de fatores, como proporciona a demonstração clara da riqueza de inter-relações entre as pessoas do grupo.

Os mesmos autores também ressaltam que, de forma mais abstrata, pode-se estudar o movimento do corpo e as expressões motoras como sinais de estados emocionais. Cooper e Schindler (2003) consideram a observação direta, participante e comportamental como uma abordagem flexível, porque permite ao observador reagir e registrar aspectos dos fatos e dos comportamentos à medida que ocorrem. Para que se conseguisse registrar todos os gestos e atitudes das crianças afim, do nosso estudo ser mais fidedigno optou-se então por apenas 3 crianças, uma vez, que se torna difícil observar o mais detalhado possível um grande número de crianças. Isto vai ao encontro de Dessen & Murta, 1997, quando afirmam que é preciso considerar que o efeito intrusivo do pesquisador pode enviesar este tipo de pesquisa, além de não ter como controlar todos os comportamentos observados, comprometendo a validade interna de um estudo (Dessen & Murta, 1997).

O segundo passo foi aplicar o Qigong e o Tuina (automassagem) nas crianças. O Toque Terapêutico é uma técnica de imposição de mãos e prática considerada Complementar. Atua sobre o Campo de Energia Humano normalizando os desequilíbrios energéticos causadores de queixas e sintomas psicossomáticos. A sua aplicação em sessões contínuas resulta em diversos efeitos como alívio da dor, relaxamento, baixa de níveis de stresse e ansiedade, melhora o metabolismo e a imunidade, entre outros, de acordo com literatura publicada.

Desenvolvida por Dolores Kruger em parceria com Dora Kunz, este tipo de terapia tem vindo a revelar como sendo um excelente meio para promover o relaxamento, reduzir a ansiedade, controlar a dor e outros efeitos (Rev. bras. enferm. vol.61 no.6 Brasília Nov./Dec. 2008).

Já são vários os estudos a comprovar os inúmeros benefícios do toque terapêutico no tratamento da ansiedade, uma vez que reduz os níveis de cortisol (hormona do stress),

promove o aumento da produção de neurotransmissores como a serotonina e a endorfina (hormonas do prazer e do bem estar). De uma forma geral, dá-se um aumento de energia geral que flui num sentido de autoconfiança e que consequentemente promove na redução de ansiedade.

De acordo com o pensamento da ciência ocidental, o *Qigong* possibilita ao praticante, através das suas práticas ativas e de forma natural, que os mecanismos fisiológicos e psicológicos promovam a autorregulação e a recuperação da saúde, resultando daí uma melhor qualidade de vida (Lee, Pittler & Ernst, 2009).

Vários autores Chow e Tsang (2007), Manzoni *et al.* (2008), partilham da mesma ideia, quando referem que o *Qigong* apresenta um enorme potencial terapêutico para tratar os transtornos de ansiedade sentidos pela população em geral que lhes permite portanto o alcance do referido equilíbrio. Referem também, que o treino de relaxamento realizado através do *Qigong* contribui significativamente para a redução da ansiedade.

Depois da aplicação das técnicas, foram visíveis as melhoras dos gestos e atitudes nas crianças. Onde se observou mais melhorias foram nas expressões faciais (caretas), movimentos repetidos (brincar com o cabelo, roer as unhas, colocar a mão na boca/cara), coceira e distração. Algumas delas reduziram como é o caso dos movimentos repetidos obteve-se uma redução dos gestos em 90.2% após a primeira aplicação de Qigong e Tuina. Acabando mesmo por ter uma eficácia de 100% após a última intervenção. Relativamente à coceira e à tosse, foi visível em 2 crianças uma redução de 100% na última intervenção. Como elas próprias afirmaram no final da 1.ª observação: “Já não me dói tanto a barriga”; “as minhas mãos já não estão tão suadas”.

Tendo em conta os resultados obtidos, pode-se então afirmar que o Qigong e o Tuina influenciam positivamente os níveis de ansiedade nas crianças.

6. Propostas Futuras

Agora que este estudo terminou, verifico que poderia tê-lo feito/realizado de outra forma. Uma delas era o facto de aplicar novamente a escala do CMAS-R, com o intuito de verificar após a aplicação do Qigong e do Tuina, quais eram as subescalas que melhoraram, verificar as alterações dos resultados.

Uma outra proposta seria aumentar o tempo de estudo e alargá-lo a um número maior de crianças, uma vez que observamos apenas 3 crianças e os resultados foram surpreendentes. Sabendo que entre 9% e 15% da população de 5 a 16 anos sofre de distúrbios de ansiedade, que é caracterizado por um conjunto de reações físicas, psicológicas e comportamentais, que antecede uma situação real ou imaginário (estudo realizado pela Associação Americana de transtornos de Ansiedade). Seria inúmeras vezes vantajoso que todas as crianças pudessem beneficiar deste tipo de técnicas, uma vez que considera-se que o Qigong e o Tuina podem ser usados de forma preventiva no contexto escolar, pois é uma boa alternativa ao tratamento farmacológico, sendo considerada uma técnica segura e assertiva sem qualquer efeito adverso.

Desta forma propõe-se o seguinte protocolo:

Design de estudo: Estudo observacional, exploratório, randomizado, controlado e multicêntrico (em mais de uma escola).

Amostra: (critérios iguais, mas N = 70 (35+35) e exclusão igual mais score de CMAS-R inferior a 20 ou os correspondentes a ansiedade). Dividida em 2 grupos de 35 elementos: grupo verum que faz Qigong e Tuina verdadeiro e grupo controlo que faz Qigong falso (ver program de tv preferido em posição de Qigong).

Intervenção: Faz em fluxograma (igual, mas com avaliações a 1 semana, 15 dias, 1 mês e 2 meses (se fizer sentido com as fichas curriculares) incluir no inicio T0 randomização e avaliação com CMAS-R ao final do 1º mês e do 2º mês).

7. Conclusão:

Mediante os resultados do presente estudo, concluímos que após os 10 dias de tratamento o Qigong e o Tuina os efeitos foram evidentes nas crianças, na medida, em que foi possível verificar melhoras bastantes marcadas nos gestos e atitudes manifestadas por elas ao longo das observações. Assim, vistos estes gestos e atitudes poderem ser indicativos do estado de ansiedade, poderá dizer-se que o Qigong e o Tuina influenciam positivamente os níveis de ansiedade nas crianças. Assim sendo, o tratamento de Qigong e Tuina em automassagem mostram-se como técnicas promissoras na redução da ansiedade e de modificação comportamental em crianças do 1.º ciclo do ensino básico.

Estas duas técnicas terapêuticas, sendo consideradas seguras, efetivas e sem qualquer efeito contrário, poderão, talvez, ser também, consideradas, como forma preventiva de distúrbios ou transtornos comportamentais, no contexto escolar.

8. Referência Bibliográfica

- Alvarez, M.** (1991). *Organização, Sistemas e Métodos*. São Paulo: McGraw Hill.
- Aitken RCB.** Measurement of feelings using Visual Analogue Scales. *Proc R Soc Med* 1969; 62:989-996.
- Ajuriaguerra, J. & Marcelli, D.** (1986). *Manual de Psicopatologia Infantil* (Alceu Edir Filman, Trad.). São Paulo: Masson.
- Amaral, S.** Chi-Kun a respiração taoista. São Paulo: Summus. 1984. Em busca do samurai. São Paulo: Agora. 1987.
- Atkinson, P., & Hammersley, M.** (1994). Ethnography and participant observation. In N. Denzin, & Y. Lincoln. *Handbook of Qualitative Research* (pp. 248-261). London: Sage Publications.
- Bailey, K. D.** Methods of social research. New York: The Free Press, 1994.
- Baptista, A.** (2000). Perturbações do medo e da ansiedade: Uma perspectiva evolutiva e desenvolvimental, In I. Soares (Ed.), *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajectórias (in) Adaptativas ao longo da Vida* (pp. 91-141). Lisboa: Quarteto.
- Bell, J.** (1997). *Como realizar um projecto de investigação – um guia para a pesquisa em ciências sociais*. (1º ed). Lisboa: Gradiva.
- Bogdan, R., & Bilken, S.** (1994). *Investigação qualitativa em educação - uma introdução à teoria e aos estudos*. Porto: Porto Editora.
- Bogdewic, S.** (1992). *Participant observation - Doing qualitative research*. London: Sage Publications.
- Bögels, S. & Perotti, E.** (2011). Does father knows best? A formal model of the parental influence on childhood social anxiety. *Journal of child and Family Studies*, 20 (2), 171-181. 59
- Bögels, S., & Phares, V.** (2008). Fathers' role in the etiology, prevention and treatment of child anxiety: A review and new model. *Clinical Psychology Review*. 28(4), 539-558.
- Bradley, B. P., Mogg, K., & Millar, N. H.** (2000). Covert and overt orienting of attention to emotional faces in anxiety. *Cognition and Emotion*, 14, 789- 808.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P.** (2006). *The Bioecological Model of Human Development*. In Lerner, R. (Orgs.). *Handbook of Child Psychology: Theoretical Models of Human Development* (6ª Edição). New York: John Wiley, 793-828.
- Bruggen, C., van Starns, G., & Bögels, S.** (2008). Parental control and parent and child anxiety: A meta-analytic review. *Clinical Psychology and Psychiatry*, 49, 1257-1269.
- Calvert, R.N.** (2002) . The history of massage. Healing Arts Press. Rochester, Vermont.

- Cano, D., & Sampaio, I.** (2007). O método de observação em psicologia: considerações sobre a científica. *Interação em Psicologia*, 1 (2), 199-210.
- Carmo, H., & Ferreira, M.** (2008). Metodologia da investigação – guia para autoaprendizagem. Lisboa: Universidade Aberta.
- Cecconello, A., & Koller, S.** (2003). Inserção ecológica na comunidade: uma proposta metodológica para o estudo de famílias em situação de risco. *Psicologia - Reflexão e Crítica*, 16 (3), 515-524.
- Chan, E., Koh, D., Teo, Y., Tamin H., R., Lim, A. & Fredericks, S.** (2013). Biochemical and psychometric evaluation of Self-Healing Qigong as a stress reduction tool among first year nursing and midwifery students. *Complement Ther Clin Pract*, 19(4), 179-183.
- Chen, K. and R. Yeung** (2002). "Exploratory studies of Qigong therapy for cancer in China." *Integrative Cancer Therapies* 1(4): 345-370.
- Chen, Wenqian** (2005) in Health and Medicine
- Chengnan, Sun** (Ed.) Chinese Massage Therapy. Yuhuan Lu, China: 1990.
- Chow, Y. & Tsang, H.** (2007). Biopsychosocial effects of Qigong as a mindful exercise for people with anxiety disorders - A speculative review. *The journal of alternative and complementary medicine*, 13(8), 831-839.
- Chuen, L. K.** O caminho da cura. São Paulo: Manole, 2000.
- Cole, M. & Cole S. R.** (2004). O desenvolvimento da criança e do adolescente. Porto Alegre: Artmed. 4ª ed.
- Cooper, D.R.; Schindler, P.S.** Métodos de pesquisa em Administração. Porto Alegre: Bookman, 2003.
- Cordioli, A. & Teruchkin, B.** *Fobias específicas*. Acesso em 28.03.2007, em <http://www.ufrgs.br/psiq/TCCfesp.html>.
- Correia, M.** (2009). A observação participante enquanto técnica de investigação. *Pensar Enfermagem*, 13 (2), 30-36.
- Costello, E. J.; Angold, A. & Keeler, G. P.** (1999). Adolescent outcomes of childhood disorders: the consequences of severity and impairment. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38 (2), 121-128.
- Cugelman, A.** - Therapeutic Touch: an extension of professional skills. *JCANNT*. 8 (1998) 30-32.
- Dessen, A., & Murta, G.** (1997). A metodologia observacional na pesquisa em psicologia: Uma visão crítica. *Cadernos de Psicologia*, 1, 47-60.
- Ergil, C. Marnae, Ergil, V. Kevin** (2009). Medicina Chinesa: Guia Ilustrado, Artmed editora

- Essau, C. A., Conradt, J., & Petermann, F.** (2000). Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 263-279
- Estrela, A.** (2008). Teoria e prática de observação de classes: uma estratégia de formação de professores (4.^a ed). Porto: Porto Editora.
- Fanslow, C.** - Therapeutic touch: compassion awakened for dying persons and their families. In NH-PA ANNUAL CONFERENCE, Wichita, Kansas, 1998.
- Fernández-Álvarez, E.** (2006). Transtornos del Movimiento. Tics y transtornos de Gilles de la Tour TTe, Ars Medica.
- Fonseca, F.** (1997). *Psiquiatria e psicopatologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Fonseca, V.** (1984). *Uma introdução às dificuldades de aprendizagem*. Lisboa: Editorial Notícias.
- Fonseca, V.** (1999). *Insucesso escolar: Abordagem psicopedagógica às dificuldades de aprendizagem*. Lisboa: Editorial Âncora.
- Francis, S., & Chorpita, B.** (2010). Development and Evaluation of the Parental Beliefs about Anxiety Questionnaire. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 32 (1), 138–149.
- Francis, S., & Chorpita, B.** (2011). Parental Beliefs About Child Anxiety as a Mediator of Parent and Child Anxiety. *Cognitive Therapy & Research*. 35 (1), 21-29.
- Gerhardt, T., Ramos, I., Riquinho, D., & Santos, D.** (2009). Estrutura do projeto de pesquisa. In T. Gerhardt, & D. Silveira. Métodos de Pesquisa (pp. 65-87). Porto Alegre: Editora da UFRGS.
- Gesell, A.** (1987). *A criança dos cinco aos dez anos*. São Paulo: Martins Fontes.
- Godinho, M.** (2002). *Controlo motor e aprendizagem - Fundamentos e aplicações*. Porto: FMH Edições.
- Gregory, Sue; Verdouw, Julie** - Therapeutic touch: its application for residents in aged care. *Australian Nursing Journal*. Vol. 12: N.º 7 (2005).
- Greten, H. J.** (2008). Understanding TCM - Scientific Chinese Medicine - The Heidelberg Model. Heidelberg, Heidelberg School of Chinese Medicine - Germany: 1-145.
- Gullone, E.** (2000). The development of normal fear: a century of research. *Clinical Psychology Review*, 20 (4), 429-451.
- Huard, P.; Wong, M.** (1990). Cuidados e técnicas do corpo na China, no Japão e na Índia. Summus, São Paulo.

- Hudson, J., & Rapee, R.** (2002). Parent-Child Interactions in Clinically Anxious Children and Their Siblings. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 31(4), 548-555.
- Huston, Peter.** "China, Chi, and Chicanery - Examining Traditional Chinese Medicine and Chi Theory," *Skeptical Inquirer*, Sept/Oct 1995.
- Ignatti, C.** Uma Proposta de Prática de Enfermagem Holística, Tese de Mestrado, 1993, Unimep – Piracicaba.
- Jacques, I. M.** "Tui Na: proposições fundamentais". Massoterapia, v.1, IARJ, pp4- 28, 1999. Tui Na – Massagem Terapêutica Chinesa. In: Guia de Abordagens Corporais. São Paulo, Summus Editorial, 1997.
- Johansson, M., Hassmén, P. & Jouper, J.** (2008). Acute effects of Qigong exercise on mood and anxiety. *International Journal of Stress Management*, 15(2), 199–207.
- Kaplan, H., Martin, S., & Robbins, C.** (1984). Pathways to adolescent drug use: Self-derogations, peer influence, weakening of social controls, and early substance use. *Journal of Health and Social Behavior*, 25, 270-289.
- Kaplan, H., Sadock, B., & Grebb, J.** (1997). *Compêndio de psiquiatria: Ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. S. Paulo: Artes Médicas
- Krieger, D.** Therapeutic touch: the imprimatur of nursing. *Am.J.Nurs.*, v. 75, n.5, p. 784-87, 1975.
- LaFrance, M.** (1987). Dados de observação e de arquivo. In L. Kidder (2.^a ed). *Métodos de pesquisa nas relações sociais medidas na pesquisa social* (pp. 95-120). São Paulo: EPU.
- Last, C. G.; Perrin, S.; Hersen, M. & Kazdin, A. E.** (1996). A prospective study of childhood anxiety disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1502-1510.
- Lofland, J.** (1971). *Analyzing social setting: a guide to qualitative observation and analysis*. Belmont: Wadsworth Publishing Inc.
- Machado, R.** (1992). *Angústia e ansiedade*. Lisboa: G & Z Edições.
- Maciocia, G.** The foundations of chinese medicine: a comprehensive text for acupuncturist and herbalists. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1989. 498 p. In: The practice of chinese medicine. The treatment of disease with acupuncture and chinese herbs. **Headache**. Edinburgh: Churchill Livingstone. 1994. p.10-53.
- Matos, M. G., Barrett, P., Dadds, M., & Shortt, A.** (2003). Anxiety, depression, and peer relationships during adolescence: Results from the Portuguese national health behaviour in school-aged children survey. *European Journal of Psychology of Education*, 18, 3-14.

- Nogueira-Martins, Maria, & Bogus, C.** (2004). Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saude soc.*, 13 (3), 44-57.
- O livro de ouro da medicina tradicional chinesa** - o Ministro Ch'i Po relata ao Imperador Amarelo o Nei Ching, Editora Objetiva
- Organização Mundial de Saúde** (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pepler, D. J. & Craig, W. M.** (1995) A peek behind the fence: naturalistic observations of aggressive children with remote audiovisual recording. *Developmental Psychology*, 3 (4), 548-553
- Pinto, A.** (2001). *Psicologia geral*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Pinto, M. G.** (1999). *Saber viver a linguagem: Um desafio aos problemas de literacia*. Porto: Porto Editora.
- Prior, M.; Sanson, A.; Smart, D. & Oberklaid, F.** (1999). Psychological disorders and their correlates in an Australian community sample of preadolescent children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40 (4), 563-580.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L.** (1998). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Rapee, R.** (2009). Early Adolescent's Perceptions of Their Mother's Anxious Parenting as a Predictor of Anxiety Symptoms. 12 Months Later. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37 (8), 1103-1112.
- Rev. bras. enferm.** vol.61 no.6 Brasília Nov./Dec. 2008.
- Ribeiro, A.R., Magalhães, R.** Artigo publicado em : *Tui Na – Massagem Terapêutica Chinesa (Tui Na – Chinese Therapeutical Massage)* in.(org). Guia de Abordagens corporais (Body Therapy Approaches Guide) pag 242 to 246 . Summus editorial, São Paulo, 1997.
- Ribeiro, J. L. P., Honrado, A., & Leal, I.** (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (2), 229-239.
- Serva, M., & Júnior J.** (1995). Observação participante e pesquisa em administração: uma postura antropológica. *Revista de Administração de Empresas*, 35 (1), 64-79.
- Spielberger, C. D.** (1973). *Manual for the State- Trait anxiety Inventory for Children*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Teles, L.** (2012), in Leandro Teles Neurologista, www.leandroteles.com
- Vianna, H.** (2003). *Pesquisa em educação: a observação*. Brasília: Plano Editora.

- Xiangcai, xu** (Ed.). The English-Chinese Encyclopedia of Practical Traditional Chinese Medicine – vol 7- Tuina Therapeutics. Higher Education Press, Beijing, 1989. 9. Glossário.
- WINK, S.** Um processo de despertar o poder para o autocuidado em clientes com dor crônica na perspectiva oriental de saúde: uma pesquisa cuidada em enfermagem. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina. 2009.
- Witmer, Rebecca** - As mãos que curam: a arte do toque terapêutico. arte healing, 1995
- Wood, J., McLeod, B., Sigman, Hwang, W., & Chu, B.** (2003). Parenting and childhood anxiety: theory, empirical findings, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44 (1), 134-151.

9. Anexos

Declaração de Consentimento Informado

Eu, _____, abaixo assinado, venho por este meio autorizar a investigadora Olga Juliana Ribeiro Magalhães, no sentido de realizar recolha de dados para fins de investigação de mestrado em Medicina Tradicional Chinesa no ICBAS- Universidade do Porto sob a orientação do Prof. associado do ICBAS, Dr. Henry Greten.

Declaro que me foi informado que o objetivo central desta investigação centra-se na avaliação de três crianças em idade escolar no âmbito de uma investigação subordinada ao tema “Qigong e Tuina no controlo da ansiedade antes dos exames em crianças do 1.º ciclo”, um estudo qualitativo a partir de técnicas de Medicina Chinesa (Qigong e Tuina).

Fui igualmente informado que os dados recolhidos serão obtidos através da técnica de observação participante em sessões de pequeno grupo dedicadas à realização de fichas de avaliação sem a aplicação de Qigong e Tuina e posteriormente aplicadas novas fichas de avaliação com a aplicação de Qigong e Tuina, de forma a observar se há diferenças a nível de comportamento das crianças, sendo cuidados e preservados os direitos e bem-estar da criança ao longo de todas as intervenções da investigação e destas técnicas especificamente.

A investigadora assumiu que todos os dados recolhidos são confidenciais e os participantes não serão identificados em momento algum, sendo preservado o anonimato para o estudo, provas públicas e publicações da dissertação. Todas as informações recolhidas servirão apenas para fins de investigação académica e científica.

A investigadora declarou ainda sob compromisso de honra que o funcionamento da instituição não será posto em causa.

Por motivos éticos e deontológicos, a investigadora assumiu o compromisso de devolver os resultados obtidos na avaliação das crianças no âmbito da investigação realizada.

27 de maio de 2016

Assinatura do participante do estudo: _____

Assinatura do enc. de Educação. : _____

O investigador Responsável: Olga Juliana Ribeiro Magalhães

A Comissão de Ética da Universidade do Porto

Declaração

Na qualidade de Diretor do curso de Mestrado em Medicina Tradicional Chinesa (MTC) no ICBAS - Universidade do Porto, venho informar V. Ex.^a o Diretor do Agrupamento de Escolas Dr. Carlos Pinto Ferreira que a licenciada em educação física e desporto e mestranda em Medicina Tradicional Chinesa, Olga Juliana Ribeiro Magalhães, se propõem realizar a tese de mestrado sob o título **“Qigong e Tuina no controlo da ansiedade antes dos exames em crianças do 1.º ciclo”**, sob a orientação do Prof. Associado do ICBAS, Dr. Henry J. Greten. De acrescentar que o Prof. Henry J. Greten é médico especialista em Medicina Tradicional Chinesa e diretor do referido curso no ICBAS

Após ter avaliado a exequível proposta de trabalho científico para elaboração da sua tese de mestrado do Curso de Medicina Tradicional Chinesa do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, venho por este meio solicitar a Olga Juliana Ribeiro Magalhães a possibilidade de a supracitada mestranda possa realizar a componente prática da tese na Escola Básica de Casais - Arcos pertencente ao Agrupamento de Escolas Dr. Carlos Pinto Ferreira e que incluirá alunos da faixa etária dos 6 aos 10 anos.

Com os melhores cumprimentos

Porto, 4 de novembro de 2015

O Diretor do Curso de MTC do ICBAS-UP

Prof. Doutor Jorge Machado

CHILDREN'S MANIFEST ANXIETY SCALE-REVISED (CMAS-R)

REYNOLDS & RICHMOND (1978)

Tradução de Pedro Dias e Miguel Gonçalves (Universidade do Minho)

Versão de Estudo

Na página seguinte encontrarás algumas afirmações sobre a forma como algumas pessoas pensam e sentem sobre si próprias. Lê cada frase com atenção. Coloca um círculo ☐ à volta da palavra "Sim" se pensas que é verdade acerca de ti. Coloca um círculo ☐ à volta da palavra "Não" se pensas que não é verdade acerca de ti. Responde a cada pergunta, mesmo que algumas sejam difíceis de decidir. Não escolhas "Sim" e "Não" para a mesma afirmação.

Não existem respostas certas ou erradas. Lembra-te, depois de leres cada afirmação, pergunta a ti próprio, "Isto é verdade acerca de mim?". Se for, escolhe o "Sim". Se não for, escolhe o "Não"

ISTO É VERDADE ACERCA DE MIM?

1. Tenho dificuldades em me decidir	Sim	Não
2. Fico nervoso quando as coisas não correm da melhor forma para mim	Sim	Não
3. Os outros parecem conseguir fazer as coisas mais facilmente do que eu	Sim	Não
4. Gosto de todas as pessoas que conheço	Sim	Não
5. Tenho muitas vezes dificuldade em respirar	Sim	Não
6. Preocupo-me muitas vezes	Sim	Não
7. Tenho medo de muitas coisas	Sim	Não
8. Sou sempre amável	Sim	Não
9. Fico furioso com facilidade	Sim	Não
10. Preocupo-me com o que os meus pais me irão dizer	Sim	Não

11. Sinto que os outros não gostam da maneira como faço as coisas	Sim	Não
12. Sou sempre bem educado	Sim	Não
13. É difícil para mim adormecer à noite	Sim	Não
14. Preocupo-me com o que as outras pessoas pensam de mim	Sim	Não
15. Sinto-me sozinho, mesmo quando há pessoas comigo	Sim	Não
16. Sou sempre bom	Sim	Não
17. Muitas vezes sinto um mal-estar no estômago	Sim	Não
18. Os meus sentimentos são feridos com facilidade	Sim	Não
19. Sinto as mãos suadas	Sim	Não
20. Sou sempre simpático com as outras pessoas	Sim	Não
21. Canso-me muito	Sim	Não
22. Preocupo-me com o que vai acontecer	Sim	Não
23. As outras pessoas são mais felizes do que eu	Sim	Não
24. Digo sempre a verdade	Sim	Não
25. Tenho pesadelos	Sim	Não
26. Os meus sentimentos são feridos facilmente quando se "metem comigo"	Sim	Não

31. É difícil para mim concentrar-me nos meus trabalhos da escola	Sim	Não
32. Nunca digo coisas que não devo	Sim	Não
33. Mexo-me muitas vezes na cadeira	Sim	Não
34. Sou nervoso	Sim	Não
35. Muitas pessoas estão contra mim	Sim	Não
36. Nunca minto	Sim	Não
37. Preocupo-me muitas vezes que me possam acontecer coisas más	Sim	Não

Nome: _____	Idade: _____
Escola: _____	
Ano: _____	Turma: _____
Nº: _____	Data: ____/____/____

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE MANIFESTA

CMAS-R (Reynolds & Richmond, 1978)

FOLHA DE COTAÇÃO

CLASSIFICAÇÃO:

Este questionário tem duas escalas distintas: escala de ansiedade e escala da mentira.

Para as duas escalas, os resultados são calculados da seguinte forma:

- Não = 0
- Sim = 1

GRELHA DE COTAÇÃO:

ANSIEDADE		MENTIRA	
Nº do Item	Resultado	Nº do Item	Resultado
1	_____	4	_____
2	_____	8	_____
3	_____	12	_____
4	_____	16	_____
6	_____	20	_____
7	_____	24	_____
9	_____	28	_____
10	_____	32	_____
11	_____	36	_____
13	_____	14	_____
15	_____		
16	_____		
17	_____		
18	_____		
19	_____		
21	_____		
22	_____		
23	_____		
25	_____		
26	_____		
27	_____		
29	_____		
30	_____		
31	_____		
33	_____		
34	_____		
35	_____		
37	_____		
TOTAL: _____		TOTAL: _____	